FIOCRUZ

RADIS

Nº 15 - OUTUBRO/97

SAÚDE É RESPONSABILIDADE DO ESTADO CONTEMPORÂNEO

FIOCRUZ

FOTOS ALVARO FUNCIA

APRESENTAÇÃO

*Álvaro Nascimento**

Os números falam por si. A presença de 2.400 participantes oficialmente inscritos, de 350 convidados e a apresentação de 984 trabalhos de praticamente todos os estados do Brasil, dão bem uma idéia da magnitude do V Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva e do V Congresso Paulista de Saúde Pública, promovidos pela Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), pela Associação Paulista de Saúde Pública e pela Faculdade de Saúde Pública da USP, realizados simultaneamente em Águas de Lindóia (SP).

Não é exagero afirmar que foram poucos os momentos em que a história deste País teve oportunidade de reunir um número tão expressivo de autoridades, gestores, profissionais, pesquisadores e usuários do sistema de saúde, com o objetivo de propor alternativas para o setor.

O RADIS - que esteve presente aos dois congressos - se esforça para refletir, nesta TEMA, o grande espectro dos assuntos tratados. É essencial esclarecer, entretanto, que esta TEMA foi pequena para traduzir o conjunto das discussões ali travadas. Premidos pela exigüidade da equipe e de tempo (várias mesas, debates e painéis foram realizados simultaneamente), fomos obrigados a priorizar assuntos e optar por cobrir determinada atividade, com a preocupação de contemplar o maior campo possível de temas e enfoques.

De forma resumida, pode-se dizer que o fio condutor dos debates foi a análise da responsabilidade do Estado contemporâneo com a saúde. Para isso, os participantes dos congressos mergulharam fundo no impacto que o recente processo de reforma do Estado - no que tange ao sistema de saúde - traz à qualidade de vida da população.

Neste mergulho, temas como a globalização, eqüidade, universalidade e enfrentamento da exclusão são debatidos paralelamente à realização de mesas-redondas sobre as novas modalidade de gestão no SUS, incluindo a implantação dos programas de agentes comunitários, saúde da família, PAS e cooperativas.

Da mesma forma, debates sobre a reforma do Estado municiam as discussões sobre a deterioração do espaço urbano, a produção científica na saúde, o financiamento do setor, a relevância pública da saúde e a satisfação dos usuários do sistema.

Esta TEMA se completa com as discussões travadas sobre o destino dos hospitais públicos, a política de medicamentos, a vigilância sanitária, a violência urbana, a gestão semi-plena, a NOB-96 e a saúde do trabalhador.

Ao tratar destes temas - todos fundamentais no processo de implantação do Sistema Único de Saúde - o RADIS disponibiliza a seus leitores instrumentos de reflexão com vistas à implantação de políticas que resgatem o compromisso constitucional de que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado.

***Álvaro Nascimento** é Coordenador e Editor do Programa RADIS/ENSP/FIOCRUZ.*

"A SAÚDE É RESPONSABILIDADE DO ESTADO CONTEMPORÂNEO"

- A década que estamos vivendo se caracteriza pela desobrigação dos governos em superarem ou pelo menos atenuarem a exclusão social produzida e amplificada pelo modelo econômico e social. Essa superação poderia se dar através de políticas públicas que, se não garantissem a solidariedade e o respeito às necessidades radicais dos seres humanos, ao menos deveriam atenuar e compensar os efeitos mais nefastos da exclusão.

A opinião é de Rita Barradas Barata, Presidente da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco) ao analisar, durante a abertura do V Congresso, as dificuldades de se assegurar o princípio de que saúde é dever do Estado e direito de todos, inscrito na Constituição, no dia-a-dia da população brasileira.

Segundo ela, "a conjuntura internacional dos anos 90 trouxe a onda neoliberal e a revisão do papel do Estado, apontando os avanços das conquistas sociais como resquícios arcaicos do período das revoluções sociais que haviam marcado a primeira metade desse século".

Na sua análise, este tipo de visão criou as condições para que "sob a afirmação das liberdades individuais, da autonomia e responsabilidade dos cidadãos com sua própria vida, aí incluídos os cuidados com a saúde, se ocultar propostas de redução das responsabilidades estatais na construção de sociedades mais justas e solidárias".

Para ela, apesar do esforço de construção do SUS, no setor saúde se verifica forte impacto provocado por este tipo de política:

- Assistimos o progressivo desfinanciamento do setor, com a deterioração da rede física de serviços, a incapacidade de regulação por parte do Estado e o descompromisso frente às inúmeras carências de uma população profundamente desgastada pelas difíceis condições em que vive.

Para Rita Barata, os princípios que estiveram e estão na base da formulação do direito à saúde como fundamento do SUS, estão ameaçados nesse embate permanente entre as condições individualistas e liberais e as concepções coletivas e solidárias:

"Os princípios que estão na base da formulação do direito à saúde estão ameaçados no embate entre as condições individualistas trazidas pela onda neoliberal e as concepções coletivas e solidárias."
Rita Barradas Barata (Presidente da Abrasco)

- A universalidade do direito à saúde, por exemplo, está em cheque pelas inúmeras propostas de focalização, não só das medidas e dos programas assistenciais, como também das medidas de prevenção e dos programas de promoção. A população é segmentada de acordo com sua inserção social e conseqüente capacidade de se apresentar no mercado competindo por bens e serviços, muitas vezes de qualidade duvidosa. Por esta visão, ao Estado caberia identificar e classificar os mais carentes e apenas a eles dirigir suas políticas, obtendo por meio da focalização a maximização dos resultados.

Segundo a Presidente da Abrasco, face ao empobrecimento crescente e à exclusão de parcelas cada vez mais significativas da sociedade, "tais políticas não têm demonstrado a efetividade que delas se esperava, passando a se constituir em novos mecanismos de exclusão. A integralidade das ações também está constantemente na berlinda, face às inúmeras iniciativas de constituição da chamada *cesta básica de benefícios*".

Neste aspecto, ela afirma que o direito à saúde não pode ser reduzido às prestações de cuidados básicos, por mais importantes que eles sejam:

- O sofrimento decorrente de qualquer uma das formas de adoecimento tem que ser considerado e sua atenção garantida. Qualquer tentativa de estabelecer distinção entre os serviços a cargo do Estado e aqueles que seriam adquiridos no mercado através de diferentes modalidades de seguros, representa a quebra do princípio da integralidade.

Ela afirma que "as necessidades básicas dos seres humanos vão muito além da simples sobrevivência" e acha que "muitos estarão nos reprovando por sermos utópicos, porém é essa utopia o que nos move e desafia a trazer para o dia-a-dia a inscrição que pudemos fazer em nossa Constituição, tornando realidade a saúde como direito do cidadão e dever do Estado". ■

A POLÊMICA FUNÇÃO DO ESTADO NAS SOCIEDADES MODERNAS

- Durante décadas, nos bombardearam com *verdades* sobre como o retorno às regras de mercado aumentaria a concentração de renda e provocaria maior exclusão. Não aceito esta verdade insofismável. Nunca consegui compartilhar desta visão, porque não acredito haver um só caminho histórico.

Com esta polêmica afirmação, diante de uma platéia majoritariamente hostil aos rumos da globalização econômica, Maria Elizabeth Diniz Barros, Vice-Presidente da Abrasco, iniciou a conferência "Saúde, Responsabilidade do Estado Contemporâneo", na abertura do V Congresso.

Beth Barros avalia que o momento exige reflexão e indaga:

- Será realmente que a dimensão econômica, sobre a qual se assenta a afirmação categórica de que estamos diante do fim do Estado-Nação, explica toda a realidade, ou esta é determinada também por traços culturais, conquistas históricas e identidades nacionais? Será que nas sociedades globalizadas o Estado é incapaz de impor limites à exclusão e à concentração de renda? Será que não há mecanismos construídos pela sociedade para fazer com que o Estado opere no futuro, colocando limites a este mercado selvagem?

Citando o sociólogo português Boaventura de Souza Santos, ela argumenta que a globalização econômica e a amplitude do sistema de comunicação internacional desestabilizam o pensamento das sociedades modernas, que se baseia na equação entre raízes (o que é permanente, estrutural, mediado por características culturais) e opções (o que é variável, efêmero, passível de escolha). Estaríamos diante de um "momento de perigo", que oferece uma multiplicidade de opções e simultaneamente a redescoberta de razões.

- O que se tinha como raiz era opção. A transformação da estrutura social parece desnecessária. Nosso compromisso é repensar o passado e construir indagações poderosas para colocar em cheque as verdades dos dominantes, afirma ela.

Para Beth Barros, a internacionalização financeira e produtiva nas duas últimas décadas, assim como os novos fluxos de comércio, dificultaram a implantação de políticas sociais nacionais. Em sua avaliação, o desemprego gerado pela redução do trabalho fabril vem sendo absorvido pelo setor de serviços, que já representa mais de 50% do Produto Interno Bruto dos países.

- Os mecanismos tradicionais de política social, como a previdência e o seguro desemprego, não respondem mais à dinâmica da sociedade. Novos mecanismos podem ser acionados, como a garantia de renda mínima, associada ao melhoramento das condições ambientais. Mais mercado não significa, necessariamente, menos Estado - acredita.

Frente aos novos tempos, Beth Barros destaca dois cenários futuros. O primeiro, uma opção pelo que é mais "benéfico": todo mundo tem o direito de ser igual, quando a diferença inferioriza, e diferente, quando a igualdade descaracteriza. O segundo, a possibilidade de uma cidadania planetária, com a defesa das condições de vida do planeta e o Estado mediador das relações da sociedade civil protagonista.

- O importante é que em nenhuma das visões a figura do Estado está ausente. Isto não significa que o Estado vá ter as mesmas características de antes. É preciso que haja a sua reformulacão. Os benefícios sociais padronizados do estado de bem-estar social serão substituídos pelo conceito de riscos previsíveis - diz ela.

Beth Barros antevê a adoção de políticas "gerativas", que impeçam que os riscos se instalem, e um Estado forte, que intervenha ainda mais na saúde, na regulamentação ambiental e nos mecanismos de garantia de renda.

- No caso do Brasil, o resgate dos princípios constitucionais de universalidade do acesso, do direito à saúde e das ações intersetoriais do Sistema Único de Saúde é a forma da saúde se inscrever nesta reformulação das políticas para o futuro.

Em sua opinião, a sociedade do futuro exigirá ações e alianças entre organizações não governamentais e sindicatos com pautas renovadas.

- Concordo com o Boaventura, quando ele diz que nossas chances dependem de conseguirmos construir alianças e identificar o que nos une e não o que nos separa. E o caminho passa necessariamente pela cidadania e solidariedade. ■

"Temos que buscar o que nos une e o caminho passa pela cidadania e pela solidariedade"
Maria Elizabeth Diniz Barros (Abrasco)

EQÜIDADE, UNIVERSALIDADE E INCLUSÃO SOCIAL

CONSTRUIR UM ESTADO QUE SUPERE AS DESIGUALDADES

Ao analisar a crise social que atravessa os países em desenvolvimento, a Professora do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP, Amélia Cohn, afirma que "no caso da América Latina, e do Brasil em particular, é inevitável que se parta do pólo negativo, dadas as brutais desigualdades sociais que fraturam essas sociedades".

Ela recorre a Boaventura de Souza Santos para apontar:

- Enquanto na modernidade o seu paradigma converge e se reduz ao desenvolvimento capitalista, passando as sociedades modernas a viver da contradição entre os princípios da **emancipação**, que continuaram a apontar para a igualdade e a integração social, e os princípios da **regulação**, que passaram a gerir os processos de desigualdade e de exclusão produzidos pelo próprio desenvolvimento capitalista, na atualidade essa tensão dialética deixou de ser criativa, uma vez que a emancipação deixou de ser o outro da regulação para se tornar no duplo da regulação. Assim, as crises de ambas são simultâneas e alimentam-se mutuamente.

Ela diz que "essa crise é, portanto, do padrão moderno de coesão social nos moldes capitalistas por meio de mecanismos de integração subordinada pelo trabalho e das novas formas de regulação social por meio de mecanismos de integração via consumo - o Estado Providência hoje em crise - e que tem como eixo central os princípios abstratos da cidadania e dos direitos".

Para a professora, associa-se às crises dos padrões de regulação e de emancipação a crise (questionável) do Estado e do Estado Providência. A sua tradução para os países em desenvolvimento reveste-se da crise do modelo desenvolvimentista, a partir dos anos 70 e 80, quando se evidencia que o desenvolvimento econômico promovido pelo Estado (inclusive por um Estado-empresário), e identificado como o agente por excelência modernizador da sociedade, não só não gera o desenvolvimento social como não garante o crescimento econômico, aumentando as desigualdades sociais.

Segundo ela, "é nesse contexto que se impõe enfrentar a questão da eqüidade, universalidade e inclusão social, e exatamente quando os padrões de regulação social não ocorrem mais via integração social através do consumo, mas predominantemente através de propostas de satisfação de algumas selecionadas necessidades sociais básicas - os bens de consumo coletivo - sempre entendidos ou equacionados como mercadorias".

Para Amélia Cohn, "passa a prevalecer, então, não mais um padrão de relação Estado/cidadãos crivados pela divisão em classes sociais, mas, coerentemente, com a defesa do Estado mínimo, um padrão de relação Estado/pobres, concebidos como uma massa indiferenciada de excluídos".

- A consequência disso, na América Latina, é que sucede à fase do predomínio da concepção desenvolvimentista de Estado - e segundo a qual o desenvolvimento social seria decorrência do próprio desenvolvimento econômico - o predomínio da concepção de que a promoção do desenvolvimento social se reduz à implementação de programas de alívio da pobreza, afirma ela.

Segundo a professora, "quando se propõe que se passe do pólo negativo para o positivo, considerando a eqüidade, a universalidade e a inclusão social, não só introduz-se a dimensão política na questão, isto é, a ótica da **emancipação**, como tal fato implica na necessidade de se romper com o círculo de ferro do predomínio ora vigente, da concepção de probreza simplesmente concebida como *déficit* de acesso ao consumo de determinados bens e serviços básicos, deslocando o eixo para a dimensão das desigualdades sociais e das formas possíveis de superação da pobreza.

Para Amélia Cohn essa é uma mudança radical. Ela explica por que:

- Em primeiro lugar, porque demanda que se formule um novo projeto para a sociedade, tendo agora como parâmetro básico a definição consensuada de padrões de justiça social e graus de desigualdade social que sejam socialmente aceitáveis. Em segundo lugar, porque enquanto nos programas voltados para o alívio da pobreza a questão do pacto redistribuído é marginal, da perspectiva da superacão da pobreza ele passa a ser central. Em terceiro lugar, porque implica - caso se leve a sério o desafio de se construir uma sociedade mais justa e democrática - romper com o fato de que, contemporaneamente, a **emancipação** deixou de ser o outro da regulação para se tornar no duplo da regulação, tendo-se que romper o círculo vicioso que faz com que ambas se retroalimentem, como aponta Boaventura de Souza.

Finalmente, ela acha essa mudança complexa "porque implica em sair das malhas do ideário neoliberal que pauta a discussão sobre o Estado e a Reforma do Estado - em termos de menos Estado, mais mercado - para a discussão de um outro Estado, democrático, que integre efetivamente todos os cidadãos. ■

"A mudança é complexa porque implica em sair das malhas do ideário neoliberal que pauta a discussão sobre a Reforma do Estado - em termos de menos Estado, mais mercado - para a discussão de um Estado democrático, que integre efetivamente todos os cidadãos".
Amélia Cohn (Professora da USP)

A GLOBALIZAÇÃO E AS POLÍTICAS DE SAÚDE

O processo de implantação de reformas nos sistemas de saúde nos países latinoamericanos segue uma concepção patrocinada pelo Banco Mundial, segundo a qual a atuação do Estado deve estar voltada para a garantia de um pacote mínimo de serviços essenciais voltado para os comprovadamente pobres, cabendo ao setor privado oferecer outras classes de serviços, de mais alto rendimento.

A afirmação foi feita pela Professora Asa Cristina Laurell, Mestra em Medicina Social pela Universidade Autônoma Metropolitana do México, para quem a lógica imposta pelo processo de globalização traz impacto direto sobre a política de saúde:

- A saúde está sendo submetida à uma lógica perversa. Há uma inversão de valores, já que a linguagem e as considerações econômicas prevalecem sobre a linguagem humanista e os direitos dos cidadãos.

Para ela, "as características que marcam este processo vertiginoso de integração globalizada tende a fortalecer os já fortes e debilitar ainda mais os historicamente desprotegidos". E explica:

- Entre os argumentos a favor de uma mudança nas políticas de saúde está o da incompatibilidade entre a abertura de mercados e a existência de um monopólio estatal de financiamento e prestação de serviços de saúde, na medida em que a abertura externa obrigaria à uma maior competição interna. Outro argumento é que a competitividade internacional obriga à diminuição dos custos da mão de obra, levando à necessidade de se reformar os sistemas de seguridade social, reduzindo o gasto social público.

Para Asa Laurell "esta concepção se traduz numa política social que rearticula o papel da família, do mercado e do Estado, que implica numa reestruturação profunda da matriz básica do que venha a ser ***público***, colocando os benefícios e serviços sociais no âmbito direto da acumulação de capital".

Ela acha que neste contexto os organismos internacionais jogam um papel crucial não apenas na condução das reformas econômicas, mas também na reestruturação das políticas sociais em cada país. E que no âmbito da saúde, o Banco Mundial desenhou uma nova política que hoje está se impondo em praticamente todos os países latinoamericanos. Suas principais medidas constam do documento "Investir em Saúde". Segundo esta cartilha, os serviços médicos devem ser considerados como "bens privados", já que seriam apropriados pelos indivíduos em quantidades variáveis.

"Há vários fatos que demonstram que a alternativa do contrato privado e individualizado tem resultado em um aumento notável da iniqüidade no acesso aos serviços, além de se registrar um aumento no custo, tanto para o Estado como para os indivíduos e as empresas".
Asa Laurell (Professora da Universidade Autônoma do México)

Para Asa Laurell, "desta concepção surge o pressuposto de que a saúde seria uma responsabilidade privada e que os indivíduos deveriam resolver suas necessidades de saúde em família ou através de sistemas de seguro que garantissem o acesso a determinados tipos de serviço. Logo, o Estado só deveria se responsabilizar por procedimentos que não interessassem ao setor privado oferecer, seja por falta de rentabilidade ou por seus custos serem tão altos que os indivíduos não poderiam comprar, por falta de condições econômicas. Dentro desta concepção, não cabe a noção do direito à saúde e sua conseqüência lógica, que é a obrigação do Estado de garantí-lo".

Segundo a Pofessora, o discurso que defende a regulação do setor saúde através da introdução das forças do mercado tenta se justificar na ineficiência das instituições públicas e na relação custo-benefício dos investimentos públicos realizados, abrindo mão a princípio de implementar políticas que busquem melhorar a eficiência do setor.

Asa Laurell faz um questionamento teórico do modelo apregoado pelo Banco Mundial:

- A separação que o Banco Mundial faz entre os serviços chamados de essenciais (destinados aos pobres) e os demais, merece análise cuidadosa, já que a integração entre o pacote básico de saúde e os serviços oferecidos pelo mercado é um aspecto crucial para o sucesso do sistema. Ao se utilizar estas denominações estaria se supondo que há classes de serviços que preservariam a saúde e outras que seriam escolhidas pelos indivíduos, como se

contituissem um serviço não necessário. Os serviços essenciais, por sua vez, se definiriam como tal não por suas características próprias, mas por seu baixo custo e alto rendimento, levando-se em consideração os chamados pelo próprio Banco Mundial de *Años de Vida Ajustados por Discapacidad* (AVAD).

Mas segundo Asa Laurell, o cálculo de custo-benefício baseado no custo da intervenção e nos AVAD ganhos, tem sérios problemas teóricos e técnicos:

- A principal limitação teórica é que este cálculo se fundamenta em uma concepção monocausal de causa e efeito entre o agente da doença, a incapacidade causada por ela e a intervenção necessária. Na verdade, está se recorrendo a um modelo causal cientificamente obsoleto.

Para ela, há outra limitação do sistema:

- Se introduz ponderações em função de critérios discrepantes em relação ao conceito dos *Años de Vida Ajustados por Discapacidad*. Se privilegia, por exemplo, algumas ações dirigidas à população adulta exclusivamente por sua importância econômica.

Asa Laurell acredita que esta concepção pode até cumprir com os requisitos da lógica interna do Banco Mundial, mas dificilmente se encontrará experiências que atestem sua validade:

- Pelo contrário. Há vários fatos que demonstram que a alternativa do contrato privado e individualizado tem resultado em um aumento notável da iniqüidade no acesso aos serviços, além de se registrar um aumento no custo tanto para o Estado como para os indivíduos e as empresas.

Segundo ela, o sistema também não garantiria serviços de melhor qualidade, já que incentiva práticas diagnósticas e terapêuticas invasoras e perigosas, além de não se ter nenhum exemplo concreto de medidas como estas que conseguiram conter custos e regular o mercado.

Ela cita experiências realizadas na Suécia e Inglaterra para sustentar seu ponto de vista:

- Nestes países, a gestão caracterizada pela separação entre quem financia e quem presta serviços, implementada na busca de tornar mais eficiente os sistemas públicos de saúde, demonstraram que a tendência é reproduzir os problemas dos sistemas

"A promessa de cobertura universal, mais eficiência, melhor qualidade e eqüidade de acesso, ocorre sem que haja uma só evidência que permita supor que as estratégias de privatização, descentralização e focalização propostas possam cumprir com estas promessas".
Asa Laurell (Professora da Universidade do México)

---

predominantemente privados, caracterizados pela explosão dos custos e restrição dos serviços, trazendo como conseqüência a iniqüidade até então desconhecida no acesso à rede, uma redistribuição de recursos discriminatória para regiões e grupos economicamente desfavorecidos, fixação de prioridades em função de demandas ditadas pelo mercado (e não de acordo com as necessidades da população) e o desmantelamento das iniciativas voltadas para a saúde pública.

Asa Laurell chega a fazer uma provocação ao afirmar que "é incompreensível que os promotores desta lógica de mercado ignorem os ensinamentos da crise crônica do sistema de saúde dos Estados Unidos e as fracassadas tentativas de resolvê-la". Segundo ela, vários pesquisadores já advertiram os governos dos chamados países em desenvolvimento "contra estes assessores em saúde que viajam pelo mundo vendendo um modelo norteamericano" que já se demonstrou inviável.

A Professora faz um alerta em relação à estratégia de descentralização:

- No contexto da reforma neoliberal, a descentralização não tem se revelado um meio de se conseguir maior eqüidade ou participação democrática no sistema de saúde. O que alguns governos têm feito é utilizar o ideário da descentralização para reduzir a responsabilidade pública e o gasto social, primeiro passo para se implementar a mercantilização do setor.

E prossegue:

- O valor que as sociedades têm dado ao direito à saúde é tão grande, que o discurso dos que defendem a reforma mercantilista se apossa desta concepção solidária justamente para prometer cobertura universal, mais eficiência, melhor qualidade, eqüidade de acesso aos serviços e uma nova orientação do sistema, que estaria voltado para a promoção e prevenção. Isso ocorre sem que haja uma só evidência que permita supor que as estratégias de privatização, descentralização e focalização propostas possam cumprir com estas promessas.

Ao contestar a entrega de parcela importante do sistema de saúde à competição de mercado, a Professora afirma que a prestação de serviços de saúde integrais, com ênfase na promoção e prevenção, é mais factível quando os serviços públicos ocupam lugar predominante dentro do sistema e se torna muito mais complexa quando os prestadores privados dominam a rede de serviços.

Para Asa Laurell, "é evidente que o desemprego, os baixos salários, as más condições de trabalho e as péssimas condições de vida são as principais causas de doenças e mortes prematuras na América Latina". Mas segundo ela isso não significa que as ações específicas de saúde e o acesso aos serviços devam ter baixa prioridade e se reduzir à uma atenção mínima:

- Hoje há razões concretas para se questionar a suposta viabilidade do projeto neoliberal latinoamericano, que até agora não conseguiu satisfazer as necessidades sociais, assim como não incrementa um crescimento econômico estável. Por isso, é necessário repensar as restrições impostas a estas sociedades pelo processo de globalização, redefinindo prioridades nacionais de forma a assegurar um crescimento econômico capaz de resolver a grave crise social. ■

VERDADEIRA REFORMA JÁ ESTÁ SE DANDO NA SAÚDE

Álvaro Nascimento

"A verdadeira Reforma do Estado está ocorrendo na área da saúde, com participação popular, descentralização e busca de eficiência gerencial. E esta reforma será vitoriosa na medida em que mais rapidamente implantemos o Sistema Único de Saúde". A afirmação é do cardiologista e ex-Ministro da Saúde, Adib Jatene, que coordenou a mesa que debateu o "Financiamento do Setor Saúde e a Reforma do Estado", que contou também com as presenças do Deputado Federal Eduardo Jorge (PT-SP), Solon Magalhães Vianna (do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - Ipea) e Hélio Zilbertjan (da Faculdade de Economia e Administração da USP).

Ao analisar a crise de financiamento que atravessa o setor saúde, Jatene foi enfático:

- Os juros da dívida pública são pagos rigorosamente em dia pelo Governo. Se não há recursos na data do vencimento, se emite títulos para saldar o compromisso. Já para a saúde, os repasses de verbas se atrasam até que o Tesouro tenha caixa.

O ex-Ministro criticou o fato do Governo Fernando Henrique Cardoso desviar recursos da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF) para pagar dívidas do Ministério da Saúde com o Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT):

- Acho errado. As dívidas do Ministério com o FAT são conseqüência do não cumprimento do orçamento do ano de 1996 enviado ao Congresso pelo próprio Governo. Ali estavam previstos R$ 20 bilhões para a saúde e só foram repassados R$ 14 bilhões. Isso ocorreu porque o Governo incluiu no orçamento a perspectiva de recolher R$ 6 bilhões através da CPMF já em 96, quando o projeto sequer estava aprovado pelo Congresso. Ele não poderia contar com estes recursos.

Adib Jatene disse que essa dívida, portanto, é do Tesouro, não podendo ser paga com recursos da CPMF:

- Na própria Lei Orçamentária de 96 estava estabelecido que, caso se frustrasse o recolhimento da CPMF, como acabou ocorrendo naquele ano, os recursos para a saúde seriam cobertos pelo Fundo de Estabilização Fiscal. Mas na verdade não saiu um só tostão do FEF para a saúde.

Sobre tornar a CPMF um imposto permanente, ele disse que "a CPMF foi uma proposta emergencial, para assegurar recursos para a saúde até que se aprovasse a reforma tributária. Hoje está provado que nossa iniciativa era correta, pois sem a CPMF o orçamento de 97 teria sido um desastre".

- Tornar a CPMF permanente, prosseguiu, distribuindo seus recursos na saúde, previdência e assistência social é um perigo. A Previdência é um sorvedouro de dinheiro e é uma área que tem forte poder de *lobby*. A reforma tributária é que deve assegurar os recursos necessários à saúde. Enquanto isso não acontece, a CPMF deve ser exclusiva da saúde, sem redução dos recursos das fontes tradicionais.

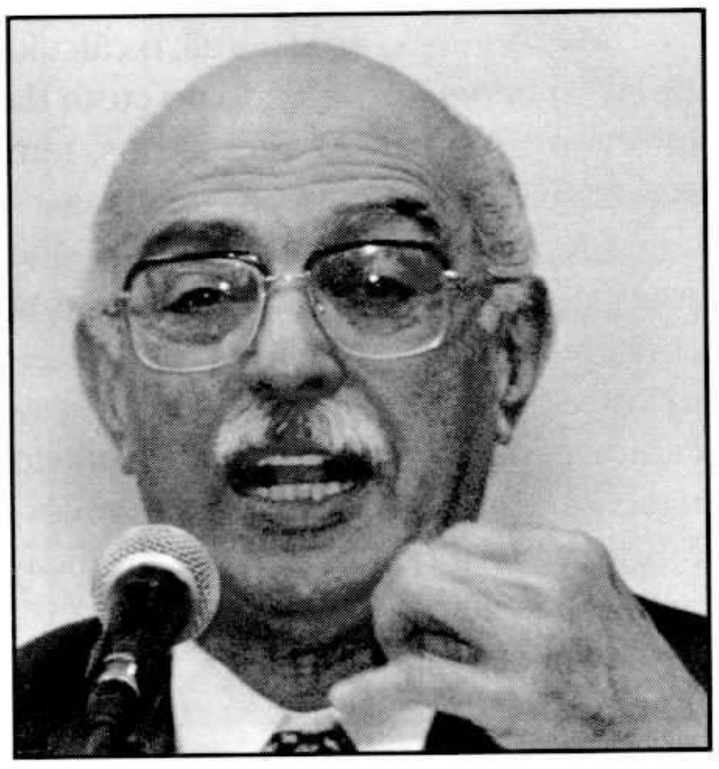
Jatene defendeu a aprovação, pelo Congresso Nacional, da Proposta de Emenda Constitucional (PEC) 169, de autoria dos Deputados Eduardo Jorge e Waldir Pires:

- As iniciativas implementadas num sistema como o da saúde não podem perder continuidade, pois se você suspende determinadas ações pode perder todo o esforço feito anteriormente. A PEC 169 assegura isso, determinando que estados e municípios gastem 10% de seus orçamentos com a saúde e o Governo Federal 30% do orçamento da seguridade social.

Segundo Jatene, o discurso da maioria dos economistas contra a vinculação de receita entra em choque com a Constituição:

- As disposições transitórias da Constituição já estabelecem que 30% do orçamento da seguridade social deveriam ir para a saúde, mas em 1994 e 1995 foram alocados apenas 16% e em 1996 caiu para 14,5%. Sem vinculação, os gastos com saúde foram decrescentes.

Para o Deputado Eduardo Jorge (PT-SP), a discussão sobre a Reforma do Estado tem que considerar que o Brasil é um dos países mais desiguais do mundo:



"As disposições transitórias da Constituição já estabelecem que 30% do orçamento da seguridade social deveriam ir para a saúde, mas em 1994 e 1995 foram alocados apenas 16% e em 1996 caiu para 14,5%. Sem vinculação, os gastos com saúde foram decrescentes."
Adib Jatene (Ex-Ministro da Súde)

- Para se medir a qualidade de vida de uma população, a utilização do Produto Interno Bruto per capita é burra. A ONU já utiliza o Índice de Desenvolvimento Humano, que é um somatório de vários índices que refletem as condições de vida dos habitantes. O Ipea já aplicou este índice no Brasil e viu que nosso País se divide em três, verificando que aqui há mais desigualdades que na Índia.

Segundo ele, a lógica de construir políticas públicas voltadas para a superação destas desigualdades ditou o comportamento dos constituintes de 1988, ao formatarem o sistema de seguridade social:

- E quando desenhamos a seguridade, formada pela saúde, assistência e previdência social, sem dúvida que a saúde foi o carro-chefe, com a definição do SUS com início, meio e conseqüências.

Para Eduardo Jorge, "o Sistema Único de Saúde é a única Reforma do Estado em viabilidade no Brasil, apesar do verdadeiro bombardeio de críticas que recebe por parte daqueles que querem inviabilizar um serviço público eficiente".

Ele cita alguns números para caracterizar como "irresponsáveis" os que atacam o SUS com críticas destrutivas:

- Um sistema de saúde implantado num País com as características do Brasil, com o boicote em seu financiamento que tem encontrado, que só em 1996 fez 1 milhão e 250 mil procedimentos ambulatoriais; vacinou 48 milhões e 500 mil pessoas; realizou 2 milhões e 800 mil partos; 317 milhões de consultas médicas; 24 milhões e 500 mil exames radiológicos; três milhões e 800 mil sessões de hemodiálise e mais de 12 milhões e 500 mil internações não pode ser atacado de forma irresponsável. Eu não conheço nenhum sistema de saúde no mundo que realize isso nas condições do SUS. É claro que ele tem problemas. Mas sem ele, o que seria destes milhões de excluídos? Nossa tarefa é aperfeiçoá-lo cada vez mais e não destruí-lo.

Em relação ao financiamento, Eduardo Jorge defendeu a Proposta de Emenda Constitucional (PEC) 169 e frisou que o equacionamento dos recursos para a seguridade foi assegurado pela Constituição:

- Desenhamos um sistema de arrecadação para a seguridade que demonstrou na prática ser capaz de dar conta da demanda. Ninguém foi irresponsável, como afirmam alguns, criando despesas para o Estado sem prever recursos suficientes. O quadro de arrecadação da seguridade mostra isso. Em 1994 ela arrecadou R$ 32 bilhões; em 1995 subiu para R$ 59 bilhões; em 1996 foi a R$ 75 bilhões e em 1997 as estimativas apontam que recolherá R$ 90 bilhões. Isso com um franco processo de desemprego e crescimento da economia informal.

Segundo ele, "a crise de financiamento ocorre porque há um assalto por parte da área econômica do Governo à cesta de recursos criada para financiar a seguridade social", na medida em que "os deputados economistas que se arvoram grandes conhecedores da política de tributos, foram incapazes, na Constituinte, de definir um sistema que impedisse a estagnação ou a queda de arrecadação que se verifica agora no financiamento do Estado a nível federal, estadual e municipal".

Eduardo Jorge diz que a aprovação da PEC 169 é indispensável à implantação do SUS:

- A proposta assegura recursos federais, estaduais e municipais fixos, dando estabilidade ao gestor municipal, que hoje fica temeroso de assumir a municipalização do sistema de saúde e daqui a alguns meses não ter recursos para geri-lo.

Solon Magalhães Vianna, do Ipea, fez uma análise do crescimento do setor saúde como um componente cada dia mais importante da economia:

- Os Estados Unidos comprometem 14% do seu PIB com a saúde; a Argentina 7% e nós 5%, somados os gastos dos setores público e privado. A saúde, hoje, é um empreendimento econômico de grande porte.

Ele apresentou números que comprovam que os gastos do Brasil com a saúde estão caindo em comparação com o conjunto das despesas da área social. Segundo ele, em 1994 o total de gastos sociais foi de R$ 75 bilhões; sendo 16,9% com a saúde. Em 1995, esta porcentagem caiu pouco: 16,8%; mas em 1996 baixou mais, indo a 14,2%.

Hélio Zilbertjan, da USP, apresentou uma proposta de reforma tributária elaborada pela Fundação Instituto de Pesquisa (Fipe) que, segundo ele, já conta com amplo apoio, que vai da Federação das Indústrias do Estado de São Paulo (Fiesp) à Central Única dos Trabalhadores (CUT):

- A única crítica da CUT é que a proposta deveria criar um imposto sobre grandes fortunas. Somos contrários porque a criação de um tributo com este perfil faz com que a riqueza fuja. Somos favoráveis, sim, a um imposto sobre a movimentação da riqueza.

Ele define a proposta como "não uma reforma tributária, mas uma reforma do Brasil, com a descentralização e municipalização do recolhimento de tributos, tornando mais transparente para o cidadão o que ele paga e criando as condições para um maior controle público do uso dos recursos".

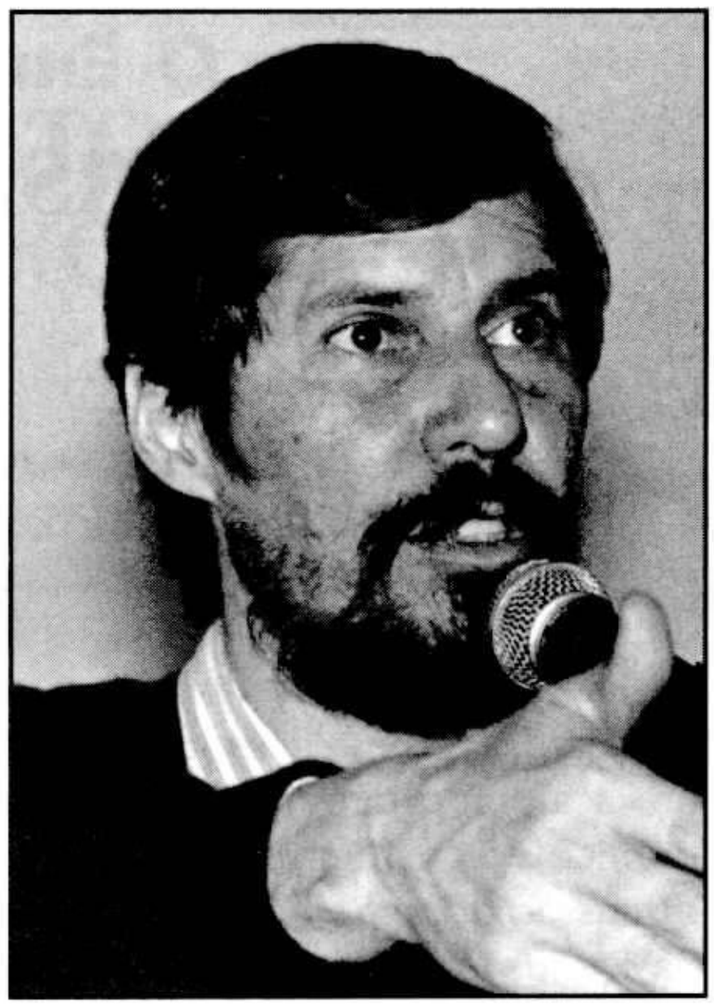
Hélio Zilbertjan critica o modelo tributário atual achando-o injusto - "pois paga mais imposto quem tem menos renda" -; centralizador - "já que os tributos se concentram em Brasília e nas capitais dos estados", indutor da sonegação, da "guerra fiscal suicida entre estados via isenção do ICMS" e pouco controlado socialmente.

A proposta da Fipe taxa, segundo ele, prioritariamente a renda, depois o consumo e finalmente a propriedade, "ao contrário de hoje, onde a taxação recai fundamentalmente sobre o consumo".

Ao invés dos 15 impostos existentes hoje, a proposta cria cinco taxas. Para a União iriam apenas os recursos do Imposto de Renda (que segundo ele "seria para valer, taxando quem realmente tem renda e não de quem é mais fácil cobrar, como os assalariados") com uma estimativa de recolher 10% do PIB.

Os estados recolheriam o IVV (Imposto sobre Venda a Varejo), pondo um fim à guerra fiscal, dando mais transparência para o cidadão em relação à taxa recolhida, responsabilizando o gestor estadual e fortalecendo o federalismo. Já os municípios recolheriam o Imposto Predial e Territorial Urbano (IPTU) e o Imposto Territorial Rural (ITR).

Além destes, seriam criados dois impostos: um seletivo - sobre o consumo de cigarro, bebida, caça e produtos maléficos à saúde - e outro sobre o comércio exterior destinado a taxar as importações, que serviria também como um instrumento de política industrial, já que o Governo poderia elevar ou diminuir alíquotas na medida em que quisesse aumentar a concorrência de determinado setor ou proteger áreas de desenvolvimento ainda incipiente. ■



"Um sistema de saúde que só em 96 fez 1 milhão e 250 mil procedimentos ambulatoriais; vacinou 48 milhões e 500 mil pessoas; realizou 2 milhões e 800 mil partos; 317 milhões de consultas médicas; 24 milhões e 500 mil exames radiológicos; três milhões e 800 mil sessões de hemodiálise e mais de 12 milhões e 500 mil internações não pode ser atacado de forma irresponsável".

Deputado Eduardo Jorge (PT-SP)

O Enfrentamento da Exclusão Social:
UNIVERSALIZAÇÃO X FOCALIZAÇÃO

Rogério Lannes Rocha

Uma reflexão a respeito das relações existentes entre a universalização e o combate à desigualdade e a focalização e o combate à pobreza, seguida por um acalorado debate envolvendo público e convidados. Assim foi a discussão do tema "Enfrentamento da Exclusão Social" no Congresso da Abrasco, com a presença de Amélia Cohn, professora do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP) e presidente do Centro de Estudos de Cultura Contemporânea (Cedec); Marco Akerman, professor da Faculdade de Medicina do ABC e pesquisador do Cedec; e David Capistrano Filho, ex-Prefeito de Santos (SP).

"O governo quer dar um pacote universal pobre para os carentes e introjetar a lógica privada no setor público".
Amélia Cohn (USP/Cedec)

A extrema concentração de renda no País, atestada por números do Banco Mundial, foi o ponto de partida para a reflexão de Amélia Cohn, que apresentou dados sobre o desequilíbrio regional, o aumento do desemprego e do que chamou de *precarização* do trabalho, que leva legiões de brasileiros (11,9%, segundo o IBGE) a viverem em estado de indigência.

- O Brasil não está resolvendo a questão da desigualdade e da distribuição de renda. O governo não tem a intenção de investir na área social, porque isto é incompatível com o modelo por ele adotado, que aumenta os desequilíbrios regionais, o desemprego e as desigualdades sociais - afirmou.

Amélia Cohn lembrou que no Orçamento Geral da União de 1996, os recursos para o pagamento da dívida pública interna superaram os gastos previstos para o Ministério da Saúde, o que revela, em sua visão, onde estão de fato as prioridades do governo.

Reforçando seu argumento, citou dados publicados no Monitor Público/Iuperj, segundo os quais, nos últimos quatro anos, 20% da arrecadação obtida com as contribuições sociais vinculadas constitucionalmente ao financiamento da saúde, nutrição, previdência e assistência foram contingenciados pelo Orçamento da União para pagamento de encargos previdenciários que são da União, a exemplo dos gastos com os funcionários públicos federais aposentados.

Ela avalia que as políticas sociais vão ocupar lugar de destaque no debate nacional e no período pré-eleitoral, porque as benesses do Plano Real, como a redução do imposto inflacionário para as camadas de baixa renda, já se esgotaram.

- A realidade começa a se apresentar com toda a sua crueza e é neste contexto que devemos pensar a universalização e a focalização na saúde - disse.

A descentralização, em sua opinião, é ponto comum nas diferentes agendas sociais. A ótica de conservadores e progressistas é que é distinta.

- Os conservadores querem repassar encargos, mas continuar controlando o repasse de recursos segundo a lógica macro-econômica. Para nós, a descentralização é um processo político, que possibilita democratizar políticas de saúde e sociais em geral - comparou.

Em sua avaliação, os gastos proporcionais dos municípios com saúde e saneamento estão aumentando muito, enquanto os estados, numa brutal crise fiscal, estão se retraindo. Por sua vez, o governo federal começa também

a se retrair, através do contingenciamento dos recursos fiscais para a área social e da redução de recursos "para o que ele chama de ministérios gastadores", basicamente os da Saúde e Educação.

- Eu não tenho dúvidas de que isto explica a troca de um Ministro que reivindicava recursos para a área da saúde, por outro que não reivindica e que, numa de suas primeiras declarações públicas, disse que iria buscar o trabalho voluntário para ajudar o Programa de Agentes de Saúde e de Saúde da Família - interpretou.

Tudo isso leva a uma equivocada oposição entre as políticas de universalização e focalização, argumentou Amélia Cohn:

- É preciso reconstruir a articulação entre políticas econômicas e políticas sociais, de tal forma que o desenvolvimento econômico não imponha a sua lógica sobre as políticas sociais. Por outro lado, há que se tirar das políticas de focalização o caráter emergencial, clientelista e assistencialista. Isto implica em formular um projeto não de nação, mas de sociedade brasileira.

Nesta ótica, é "inadmissível', em sua opinião, o Plano de Assistência Básica (PAB), proposto pelo governo.

- Vamos ter um pacote universal básico formulado pela escola de Harvard e traduzido para a América Latina, em que há uma exclusão social brutal e uma pretensa universalização apenas no que nós chamávamos de porta de entrada. Será uma reprodução das desigualdades sociais, sobretudo porque retira do Estado sua função de redistribuidor de recursos entre regiões e entre municípios - advertiu.

Ela teme que a atual lógica das políticas sociais estimule a competição entre estados e municípios, transformando os canais institucionais de participação numa arena de disputa por recursos, além de introduzir uma lógica perversa na relação do Estado com os pobres.

- O governo quer dar um pacote universal pobre para os carentes e introjetar a lógica privada do "custo-efetividade", da "produtividade" e dos "resultados" no setor público de saúde - colcluiu Amélia Cohn.

Marco Akerman apresentou o Mapa da Exclusão/Inclusão Social da Cidade de São Paulo, elaborado em 1995 em parceria do CEDEC com o Núcleo de Seguridade e Assitência Social da PUC-SP, que mostra as diferenças internas da capital. Ele fez um paralelo com a questão da focalização e lembrou que, na década de 80, já se falava em discriminação positiva, prioridade para vulneráveis e para grupos postergados.

O RETRATO DA EXCLUSÃO NO BRASIL

O Brasil é o único país do mundo em que os 10% mais ricos da população se apropriam de mais da metade da riqueza nacional (51,3%), segundo documento do Banco Mundial apresentado por Amélia Cohn, da USP.

Ainda de acordo com a mesma fonte, entre 1993 e 1996, o Produto Interno Bruto (PIB) per capita brasileiro apresentou um crescimento de 11,7% e o emprego formal diminuiu em 0,21%, sendo que no setor terciário a ocupação formal - após apresentar um crescimento de 4,36% (1979-90) -, teve um crescimento reduzido para 1,3% (1990-95), enquanto a ocupação informal passou de 5,5% para 6,2%, revelando uma *precarização* acentuada dos novos postos de trabalho.

A avalanche de indicadores nada animadores continua com dados do IBGE/PNAD, referentes a 1990, pinçados por Amélia Cohn para compor um retrato da exclusão no País. Segundo o IBGE, 11,9% da população brasileira vive em estado de indigência do ponto de vista da insuficiência de renda. A estatística em cada região confirma a geografia perversa da miséria: o percentual dos indigentes chega a 38% da população no Norte, 22% no nordeste, 8,2% no Centro-Oeste, 7,5% no Sul e 6,6% no Sudeste.

Para completar, a professora revela que os níveis de desigualdade de renda variaram pouco nas últimas décadas e são hoje, rigorosamente, os mesmos do ano de 1980; que a taxa de desemprego é igual à de 1992 e que a taxa de desemprego aberto dobrou na vigência do Plano Real. (RLR)

- Eu acho sim que nós temos que ter uma inversão da alocação de recursos nas cidades. Hoje há muito mais recursos sendo investidos em áreas centrais das nossas cidades, com melhores condições sócio-econômicas, do que em áreas periféricas.

Em resposta à indagação feita por ele mesmo de "quanto custa incluir" a população e as áreas excluídas, Akerman citou um dito popular mineiro.

- Lá em Minas, a gente costuma dizer que é mais fácil engordar porco magro do que engordar porco gordo. Do ponto de vista da eficácia social e da eficiência na aplicação dos recursos, isto quer dizer que você precisa de mais investimento para obter uma unidade de benefício no *porco gordo* central, do que no *porco magro* periférico - explicou.

Ao comentar as exposições iniciais, David Capistrano arrancou aplausos da platéia ao dizer que a miséria e a desigualdade social são uma pandemia, o maior agravo à saúde existente no mundo, e que sua raiz está na "selvageria" do capital.

- O maior desafio para a saúde pública hoje é como, com que idéias e forças sociais, colocar coleira e focinheira neste cão feroz, que é o capitalismo sem freio - completou David, para logo ser aparteado.

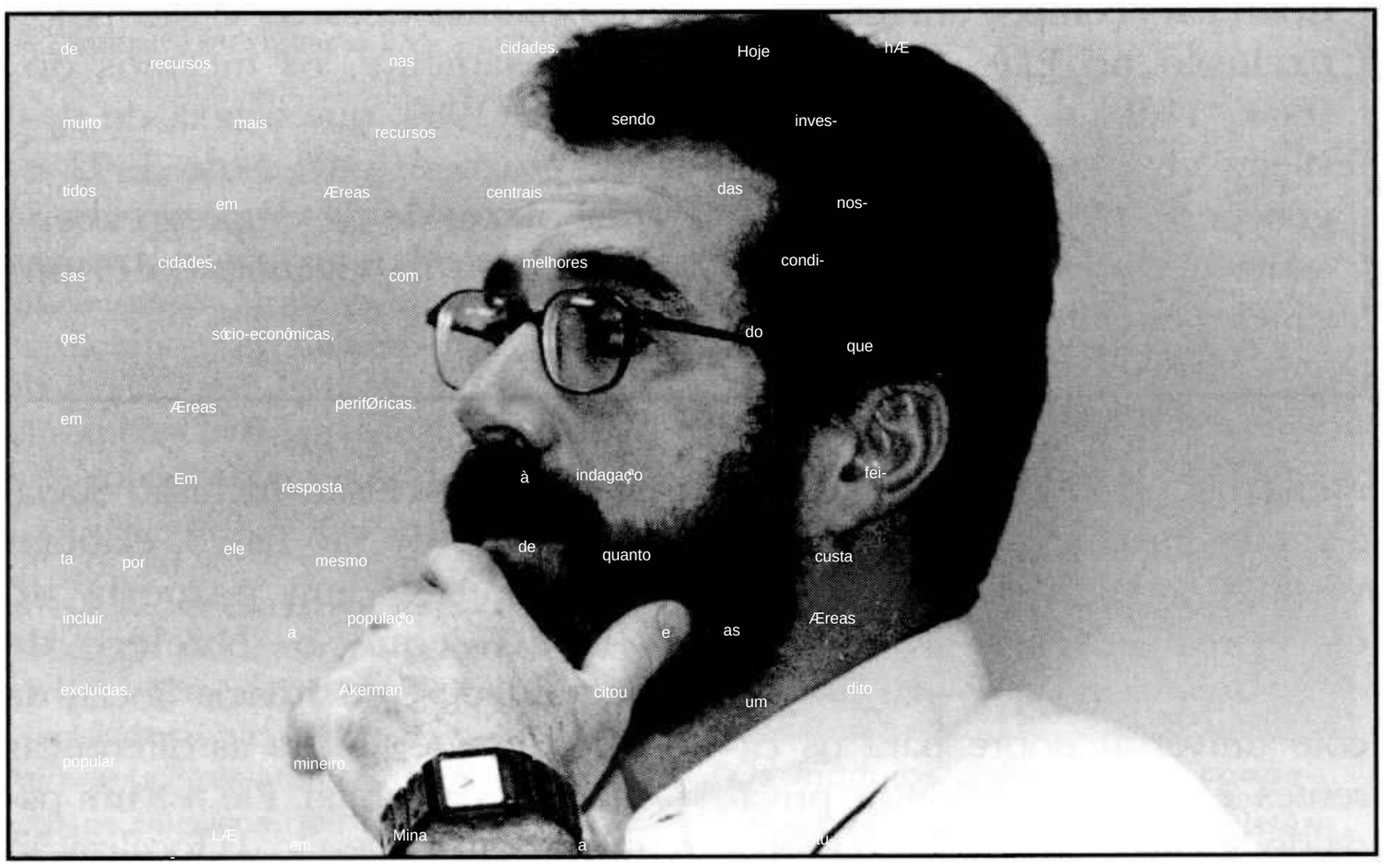
"A miséria e a desigualdade social são uma pandemia, o maior agravo à saúde existente no mundo e sua raiz está na selvageria do capital".
David Capistrano (ex-Prefeito de Santos)

- Num Congresso da Abrasco nossa função é trazer contribuições para melhorar técnica e politicamente a proposta do SUS, nos qualificar para o debate e o embate. É importante a dimensão ideológica, mas se for num discurso meramente ideológico, o neoliberalismo já ganhou a batalha, não só no Brasil. - disse Amélia Cohn, dividindo os aplausos.

- Não dá para separar a discussão sobre as questões de saúde pública da discussão da política de fundo, verdadeira, estratégica para as pessoas. E não estou certo de que os liberais já ganharam. Ainda os enterraremos - insistiu David, sacudindo novamente a platéia.

Entre os participantes que expressaram suas opiniões, o secretário municipal de Saúde de Sumaré (SP), Adail Almeida Rollo, defendeu a Proposta de Emenda Constitucional (PEC) 169 "para redefinir o orçamento da saúde a nível federal".

Para o Diretor da Associação Latino-americana de Medicina Social (Alames) Armando de Negri Filho, é necessária uma "maior militância" pela causa da saúde pública. Ele foi apoiado pelo Secretário Geral do Conselho dos Secretários Municipais de Saúde do Estado do Rio, Valcler Rangel Fernandes. ■



"Temos que ter uma inversão da alocação de recursos nas cidades. Há mais recursos sendo investidos em áreas centrais, com melhores condições sócio-econômicas, do que em periféricas".
Marco Akerman (F.M. do ABC/Cedec)

SAÚDE COMO RELEVÂNCIA PÚBLICA

UNIVERSALIZAÇÃO X FOCALIZAÇÃO

- Os participantes deste Congresso são agentes constitucionais exercitando a sua cidadania no espaço da saúde e não pessoas voluntariosas, dedicadas e batalhadoras como geralmente se pensa. Os senhores não estão fazendo nada mais que o seu dever. E pelo amor de Deus não deixem de fazê-lo e convoquem seus concidadãos a agirem neste espaço, sob pena do sistema de Estado democrático de direito inscrito na Constituição não operar. Isto poria em risco a aposta que se fez numa nova relação entre o Estado e a sociedade, com vistas à superação das traumáticas experiências históricas já vividas pelo País.

A opinião é de Humberto Medeiros, Professor de Direito Constitucional da Universidade de Brasília e Membro do Ministério Público Federal, na mesa-redonda "Saúde como relevância pública: formas de regulação social", coordenada pelo Professor Guilherme Rodrigues da Silva (Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP) e que contou com as presenças de Sábado Girardi (Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva da UFMG), Raul Cutait (Instituto de Desenvolvimento da Saúde de São Paulo) e Paulo Buss (Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz).

Para Humberto Medeiros, a Constituição Federal de 1988 é um marco nas opções feitas pela sociedade brasileira do Estado que ela prefere:

- A partir de 1988, o País demonstrou querer assumir de forma plena o Estado de direito. E na concepção avançada de Estado de direito, a sociedade é co-participante no processo de gestão do Estado democrático.

Para ele, este modelo faz com que "a sociedade passe a influir diretamente na construção das soluções estatais, o que reduz sensivelmente a dicotomia entre a sociedade e o Estado, fazendo com que haja uma profunda aproximação entre os dois pólos".

Ele citou o Artigo 197 da Constituição, ("os serviços de saúde são de relevância pública") e o 198 (que define a "participação da sociedade" na gestão do Sistema Único de Saúde) como dois aspectos "que demonstram que no sistema de saúde estamos vivendo num estado democrático de direito".

Raul Cutait, do Instituto de Desenvolvimento da Saúde, defendeu a idéia de que "o setor privado, por ser grande e importante, ao participar do Sistema Único de Saúde, já garante uma participação da sociedade em sua gestão". Para ele, é preciso pensar em novas fórmulas para que o setor social e a saúde encontrem alternativas fora do que vem sendo apresentado até agora, "já que o que está aí hoje se mostrou incapaz de dar à população tudo o que ela necessita". E defendeu, como exemplo, o aumento de incentivos fiscais às empresas privadas que atuem na área social.

Sábado Girardi, do Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva da UFMG, disse que é necessário entender as diferenças entre regulação - que segundo ele "é uma coisa mais ampla, que ultrapassa o campo do direito" - e regulamentação. Segundo ele, "a regulação implica na pactuação cotidiana de compromissos entre atores de determinado setor, seja do lado da gerência com usuários, seja do lado de um provedor de serviços e o financiador destas ações".

Girardi vê o Estado com um papel essencial no processo de regulação:

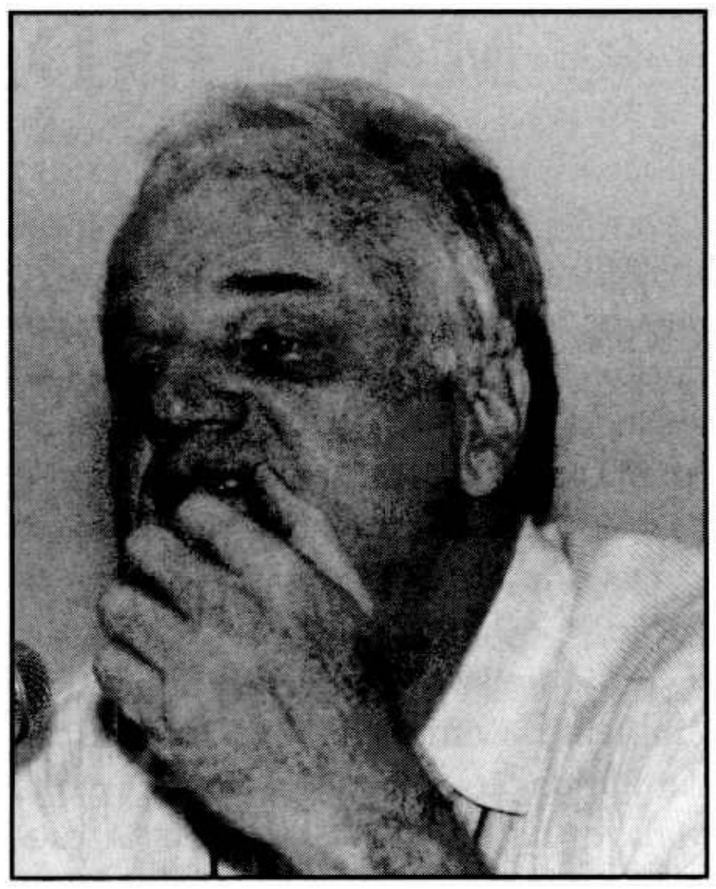
- O Estado articula esta rede de compromissos, uns legítimos outros nem tanto, que são pactuados entre estes diversos atores.

Para Paulo Buss, da Ensp/Fiocruz, "a regulamentação como pacto entre atores deve ser entendida com um resultado do consenso popular ou societal regulatório, para que a Lei seja a expressão do consenso político havido".

Para ele, isso é dinâmico, "pois a regulamentação também requer um consenso para que tenha efetividade", sendo para isso necessário "se contar com uma sociedade organizada, que exerça pressão política sobre o Executivo, o Legislativo e também sobre o Judiciário", para ver transformados em realidade os seus anseios.

Paulo Buss citou três áreas que trazem impacto direto na saúde, onde ele vê como essencial a regulação social e a regulamentação decorrente dela:

- A questão do meio ambiente, da habitação e dos serviços urbanos são determinantes para a saúde. E se nós não trabalharmos com esta concepção ampliada de regulação social, teremos baixa eficácia e efetividade da regulação na área da saúde.



"Vivemos um holocausto dos hemofílicos mortos pelo HIV. Isso se deu por uma ação patológica dos serviços de saúde, que apresentam uma baixíssima capacidade de tornar efetiva a regulamentação já existente".
Paulo Buss (Ensp/Fiocruz)

Ele considerou e área de vigilâcia sanitária e da assistência à saúde como prioritárias e necessitando de regulação imediata. E citou exemplos:

- Nós vivemos nos últimos dez anos um verdadeiro holocausto dos hemofílicos e dos que precisaram de sangue, que foram mortos pelo HIV. Isso se deu por uma ação patológica dos serviços de saúde, que nesta área particularmente apresentam uma baixíssima capacidade de tornar efetiva a regulamentação existente, afirmou.

Paulo Buss afirmou que "produtos e serviços disponibilizados no campo da saúde têm se transformado, com grande freqüência, em veículos de doença e morte e não em instrumentos de recuperação da saúde".

Paulo Buss defendeu que, "além dos conselhos de saúde já assegurados na Constituição, o sistema de saúde implante a figura do Ouvidor Público, numa estrutura independente do Executivo, a exemplo do que existe em várias sociedades e até em jornais brasileiros, como mais um instrumento de acompanhamento do desempenho e de controle dos serviços públicos de saúde em sua relação com os usuários". ■

A Produção Científica na Saúde Coletiva

DIAGNÓSTICO É ANIMADOR MAS AINDA SÃO MUITOS OS DESAFIOS

- A produção científica na área da saúde coletiva está diante de três desafios: intensificar a avaliação de sua produção considerando aspectos como relevância acadêmica e social, definir de forma clara o que é produção tecnológica no setor e determinar quais são as suas linhas prioritárias de investigação.

A opinião é da Vice-Presidente de Ambiente, Comunicação e Informação da Fundação Oswaldo Cruz, Cecília Minayo, na mesa que debateu "A produção Científica na Saúde Coletiva". Participaram da mesa Arnaldo Siqueira (da Faculdade de Saúde Pública da USP), Everardo Nunes (do Departamento de Medicina Social da Unicamp), Naomar de Almeida Filho (do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia) e Reinaldo Guimarães (Pró-Reitor de Pesquisa da Uerj).

Cecília Minayo fez uma avaliação pormenorizada do desempenho da pós-graduação *stricto sensu* em saúde coletiva no Brasil a partir de três elementos: um processo de avaliação da área liderado pela Abrasco nos anos de 1995 e 1996; várias discussões realizadas pela comunidade acadêmica do setor coordenada pela Capes durante 1996 e uma contextualização de mudanças econômicas, sociais e culturais que afetaram a sociedade, as instituições e o setor saúde nos últimos anos.

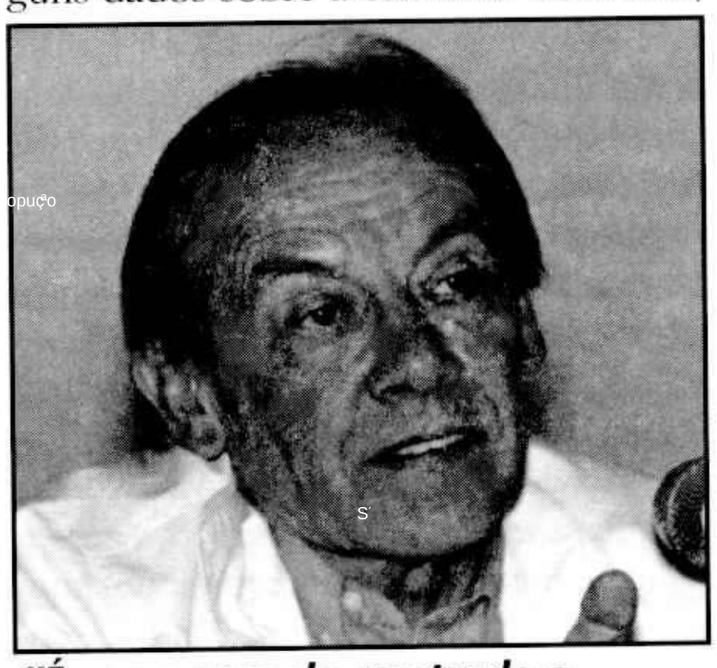
Segundo ela, o objetivo desta avaliação foi responder a algumas questões que há algum tempo preocupam o setor:

- Uma de nossas preocupações era se, estando em pleno processo de expansão, tanto a área como os cursos, dever-se-ia investir na configuração de um núcleo comum, temas, disciplinas ou de reflexão, que pudesse unificar a saúde coletiva como um campo científico. Outra questão era como deveriam se diferenciar e se complementar os diferentes níveis de formação pós-graduada em saúde coletiva, tendo em vista o objetivo, o processo de formação e as finalidades do doutorado, do mestrado, das especializações e da residência em saúde coletiva.

Outras questões que mereciam análise, segundo ela, eram a definição de parâmetros que deveriam ser aprofundados para identificar, promover e avaliar coletiva e individualmente os cursos de pós-graduação e, finalmente, como avaliar e ponderar a produção e a divulgação científica da pós-gradução *stricto sensu*, tendo em vista o que ela tem em comum com todo o campo científico e o que tem de específico, na sua diversidade e peculiaridade acadêmica e social.

Cecília disse que partiu de um pressuposto:

- A pós-graduação, enquanto sistema, é o *locus* privilegiado de produção técnico-científica , não só da área de saúde coletiva, mas de todo o complexo acadêmico brasileiro. Conhecer alguns dados sobre a estrutura curricular,



"É nos cursos de mestrado e doutorado onde se produz ciência na área da saúde coletiva".
Everardo Nunes (Unicamp)

demanda, egressos e produção da pós-graduação é, de certa forma, desvendar as entranhas dessa dinâmica social.

Ao fazer o que denominou de um "passeio de helicóptero" sobre os dados levantados em 20 cursos de mestrado e 10 de doutorado em saúde coletiva, Cecília Minayo diagnosticou "a pujança da área", mas viu como problemas presentes em todos eles a falta de financiamento e uma grande concentração de cursos na região sudeste.

"A pós-graduação é o locus privilegiado de produção técnico-científica , não só da área de saúde coletiva, mas de todo o complexo acadêmico brasileiro".
Cecília Minayo (Vice-Presidente da Fiocruz)

Em relação à clientela destes cursos, ela viu que a maioria de alunos está nos cursos de mestrado (86%) contra 14% nos de doutorado. E que 70% dos alunos provêm da região sudeste; 14% da região sul; 7% da região nordeste e apenas 1% da região norte.

Quanto à média de idade destes alunos, nos cursos de mestrado ela fica entre os 30 e 35 anos. Já nos cursos de doutorado, a média sobe para 40 anos, dados que segundo Cecília merecem uma reflexão:

- A área deve discutir isso, já que está claro que aos 40 anos é um momento tardio para se acessar a pós-graduação.

Em relação à área de atuação dos profissionais, nos cursos de mestrado 63% dos alunos eram provenientes dos serviços de saúde, enquanto 26,5% eram docentes e pesquisadores. Nos cursos de doutorado, a relação se invertia: 68,1% dos alunos eram docentes e pesquisadores e 26% profissionais dos serviços de saúde.

Ao se analisar a produção de teses, vê-se que a concentração de cursos na região sudeste traz como conseqüência o fato de 73% delas serem feitas ali, enquanto 16,5% são produzidas na re-

gião sul; 7,5% na região nordeste e 3% na centro-oeste. A região norte não possui nenhum curso de pós-graduação em saúde coletiva.

- Levadas em consideração apenas as teses de doutorado, nada menos de 96% delas foram feitas na região sudeste, que produziu 86% das dissertações de mestrado, diz Cecília.

Na avaliação sobre os egressos, ela concluiu que 74% dos que finalizaram os cursos de pós-graduação divulgaram de alguma forma a sua produção científica, através de artigos, livros, congressos, boletins de serviço ou seminários

"Há uma mudança de perfil na área da década de 80 para cá. E um instrumento poderoso de avaliação e delineamento de projetos para o futuro é o diretório dos grupos de pesquisa criado pelo CNPq".
Reinaldo Guimarães (Pró-Reitor da Uerj)

da área. Entre os egressos, 54% trabalham em universidades e institutos de pesquisa; 29% nos serviços de saúde e 8% estão desempregados.

Entre os consultados, 80% trabalham no setor público, sendo que 71% só têm um emprego; 18% têm dois empregos e 3% têm três empregos. Perguntados se a pós-graduação teve relevância e causou algum impacto na sua vida profissional, 67% responderam que sim.

Ao avaliar a formação dos docentes que atuam hoje na pós-graduação em saúde coletiva, o estudo mostra que cerca de 80% deles são doutores e que a produção científica teve um forte incremento nos últimos 15 anos:

- A produção cresceu cerca de 20,6% ao ano, acompanhando a titulação, em nível de doutorado, que também teve um sensível incremento, sobretudo nos últimos 10 anos. De 90 a 95 a produção cresceu cerca de 120%, diz Cecília.

Para Cecília Minayo, entre outras conclusões, a avaliação indica a necessidade "de se adequar os cursos de mestrado à demanda da população que nos procura".

Ela defende a criação de indicadores cada vez mais adequados para avaliar a produção da área de saúde coletiva, tendo em vista sua relevância acadêmica e social:

- É importante assinalar que estes dois parâmentros são centrais para a área, mas não se confundem. São pólos de tensão que assim devem se manter, em busca da qualidade científica e da resposta aos problemas de saúde da população brasileira.

E acha necessário "aprofundar o conceito de produção tecnológica para a área de saúde coletiva, uma vez que esse tema tradicionalmente tem uma conotação de agregação de valor para o mercado. No caso, a saúde é um bem público e as tecnologias, além de eventualmente poderem estar associadas a ganhos econômicos, devem visar a qualidade, a adequação e o sentido social dos serviços essenciais à população".

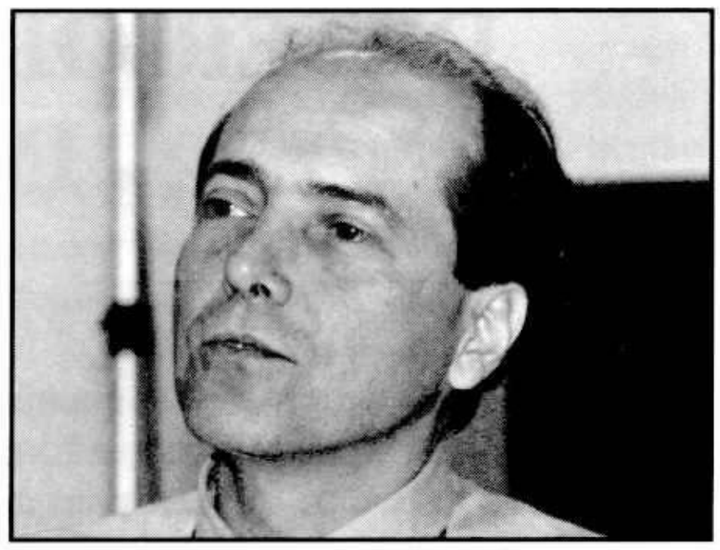
Um caminho muito promissor para isto, segundo ela, é o aumento do nível de diálogo entre as áreas de ciência e tecnologia e da saúde, "que tem sido muito salutar e que deve ser mantido e aprofundado".

Para o Professor Everardo Nunes, da Unicamp, que coordenou a avaliação do ensino da pós-graduação no estudo desenvolvido pela Abrasco, o trabalho assume importância fundamental no momento que atravessa o setor. Na opinião dele, "é nos mestrados e doutorados onde se produz ciência na área".

O Pró-Reitor da Uerj, Reinaldo Guimarães, disse "ser muito importante lidar com números concretos sobre a área" e frisou a importância da avaliação da pós-graduação "ser um processo ainda em andamento", o que demonstra o dinamismo do setor.

Ele vê "uma mudança de perfil na área da década de 80 para cá" e identifica como "um instrumento poderoso" de avaliação e delineamento de projetos para o futuro o diretório dos grupos de pesquisa criado pelo CNPq.

E citou dados de 1995 para fazer



"A saúde coletiva é um campo de saberes e práticas com uma característica ditada pela transdisciplinariedade entre a clínica, as políticas públicas, as políticas ambientais, a matemática e as políticas de saúde".
Naomar de Almeida Filho (UFBa)

um retrato do setor:

- São 158 instituições; 7.271 grupos e nada menos de 26.779 pesquisadores. Há 8.907 líderes de grupo e 14.308 doutores.

Como um problema a ser enfrentado, ele também identificou uma grande concentração de grupos na região sudeste, com 69% deles, seguida pela região sul, com 15%. Nada menos de 50% dos grupos estão concentrados em apenas oito instituições.

Naomar de Almeida Filho, da Universidade Federal da Bahia, apresentou alguns resultados da pesquisa desenvolvida em conjunto com o Professor Jairnilson Paim, que divide o campo da saúde coletiva em três eixos: a epidemiologia, as ciências sociais e o planejamento.

Para ele, a definição do termo "campo" da saúde coletiva incorpora uma metáfora:

- Ao mesmo tempo que a palavra campo identifica um lugar de interesse ou um domínio, sugere uma outra tradução mais ligada à física, assumindo a representação de um campo de forças e de fluxos.

Para Naomar, a saúde coletiva é também "um campo de saberes e práticas" que está sendo construído, com uma característica ditada "pela transdisciplinariedade entre a clínica, as políticas públicas, as políticas ambientais, a matemática e as políticas de saúde, podendo produzir uma síntese construída a partir do trabalho dos vários especialistas de cada um destes setores". ■

DETERIORAÇÃO DO ESPAÇO URBANO: IMPACTOS NA SAÚDE

Rogério Lannes Rocha

Fugindo do determinismo econômico, a explicação de três renomados professores de saúde pública para as mudanças no espaço urbano vão da valorização das tradições à dialética de Caetano Veloso, passando pelos relatos de viagem de Marco Pólo. Entre análises pautadas numa visão estruturalista e econômica e outras que levam em conta mediações institucionais e culturais, Nilson do Rosário Costa, da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/ Fiocruz), se alinha com o segundo grupo. Em suas palavras, trata-se da mudança de uma visão "pauperizada e catastrofista", para outra "mais preocupada com engenharias institucionais, mediações culturais, tradições e os imperativos que a democracia e o civismo colocam para a construção das escolhas em relação à cidade". Fazendo coro a este discurso, Marco Akerman, da Faculdade de Medicina do ABC e do Centro de Estudos de Cultura Contemporânea (CEDEC), propôs "namoro e casamento" das idéias. Mas para não deixar o debate morrer no consenso, Jairnilson Pain, do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (UFBA), lembrou "a força da grana que ergue", mas também "destrói coisas belas".

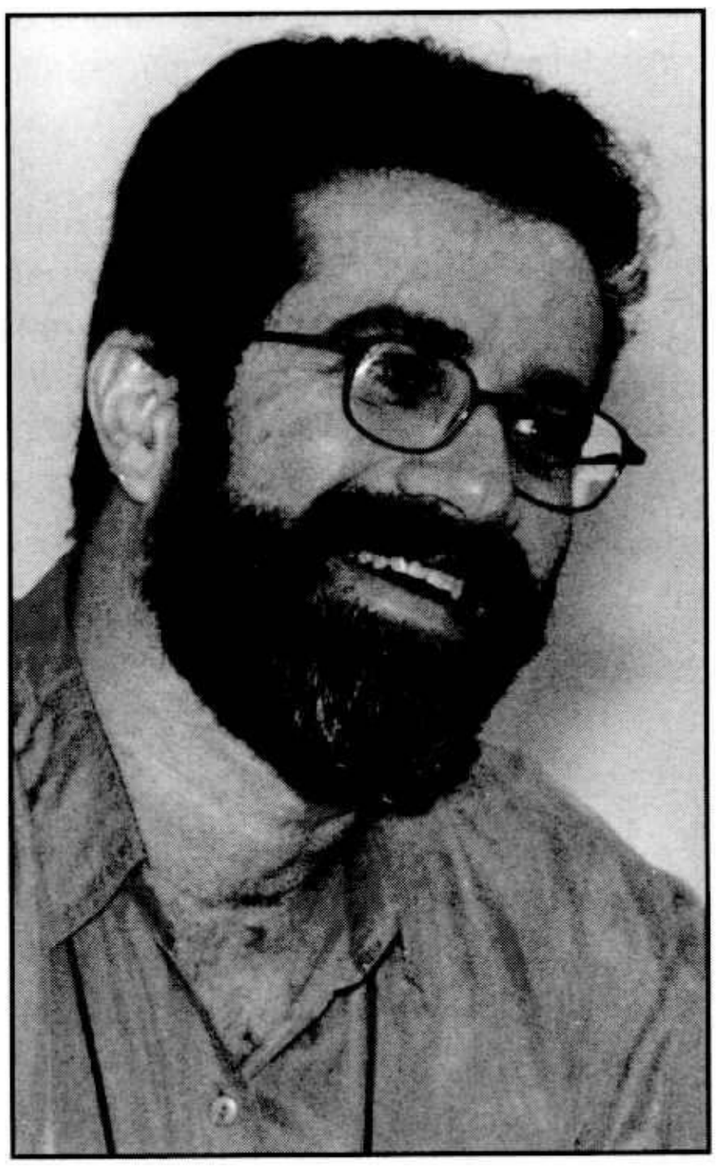
- O tema cidade é volátil, a rigor, a cidade é impensável, porque ela tem um tempo, um lugar e as mediações da cultura. A cidade foi vista por pensadores do final do século passado como algo perverso, que afrontava as tradições rurais bucólicas. Mas acredito que ela inaugurou possibilidades de igualdades - avalia Nilson do Rosário.

Ele não se identifica com "diagnósticos inexoráveis", que vêem na globalização "a besta que tudo abarca e eqüaliza". Em sua opinião, a vida nas cidades é determinada também por relações de reconhecimento, acolhimento e solidariedade. Nilson defende que a análise puramente econômica se abra para a idéia de que tradições, crenças, escolhas, arranjos institucionais, decisões e sistemas políticos, estruturas legais e culturais mediam sempre a relação entre os macro-processos e os resultados.

- Não se pode pensar a cidade como totalmente determinada pelas preferências das elites, tendo no mercado seu principal eixo de estruturação. O Estado é uma arena de disputas e sempre teve que prover infra-estrutura para a sobrevivência nas cidades e fazer escolhas que incluíssem a população na lógica de reprodução da sociedade - acrescenta.

É assim que ele explica os investimentos na área social no Brasil das últimas décadas, que resultaram em redução da mortalidade infantil, expansão do provimento de infra-estrutura de saneamento e incremento da oferta na assistência à saúde. "São resultados societais e não de uma lógica virtuosa da economia", diz Nilson.

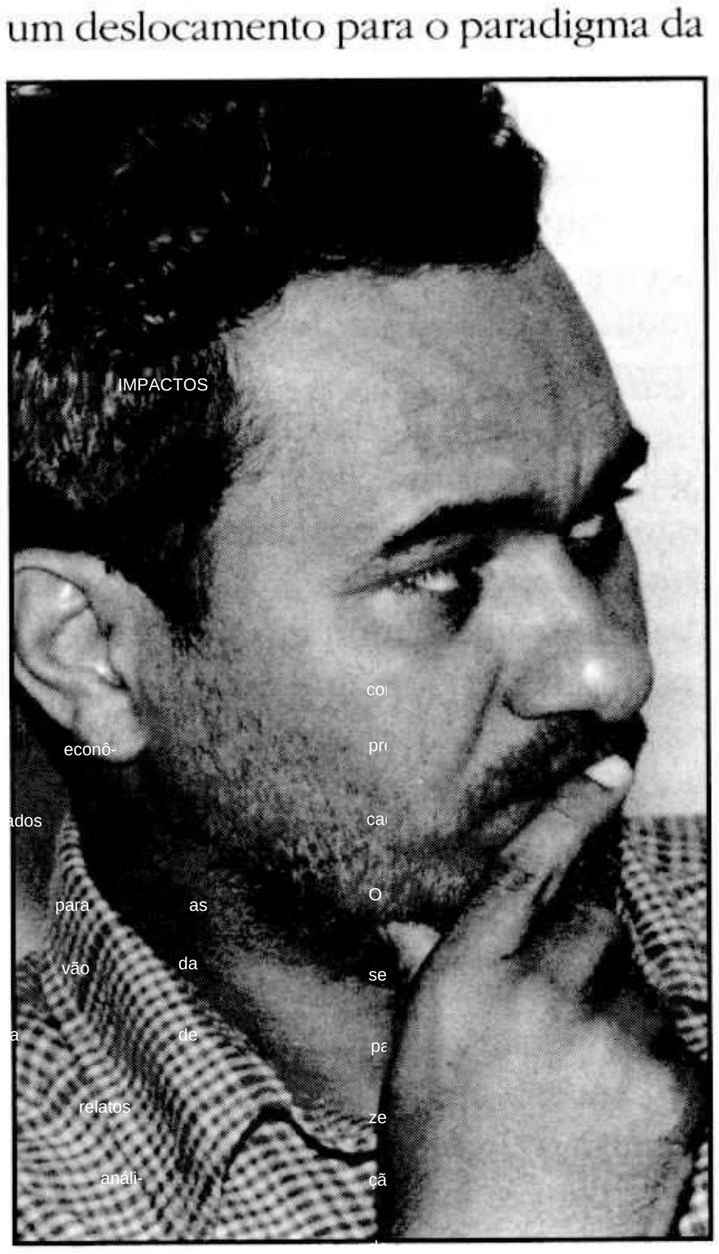
- Nós não temos mais uma cidade pestilencial, houve uma mudança do lugar dos problemas sociais. Onde, no passado, se trabalhava com o paradigma da escassez, do ponto de vista da vivência da sociedade, você tem hoje um deslocamento para o paradigma da qualidade. Então esta, talvez, seja a questão mais importante para se discutir - propõe.



"Há diferenças sócio-econômicas importantes entre bairros das cidades, com reflexos distintos sobre a saúde das populações".
Marco Akerman (Faculdade de Medicina do ABC (SP) / CEDEC)

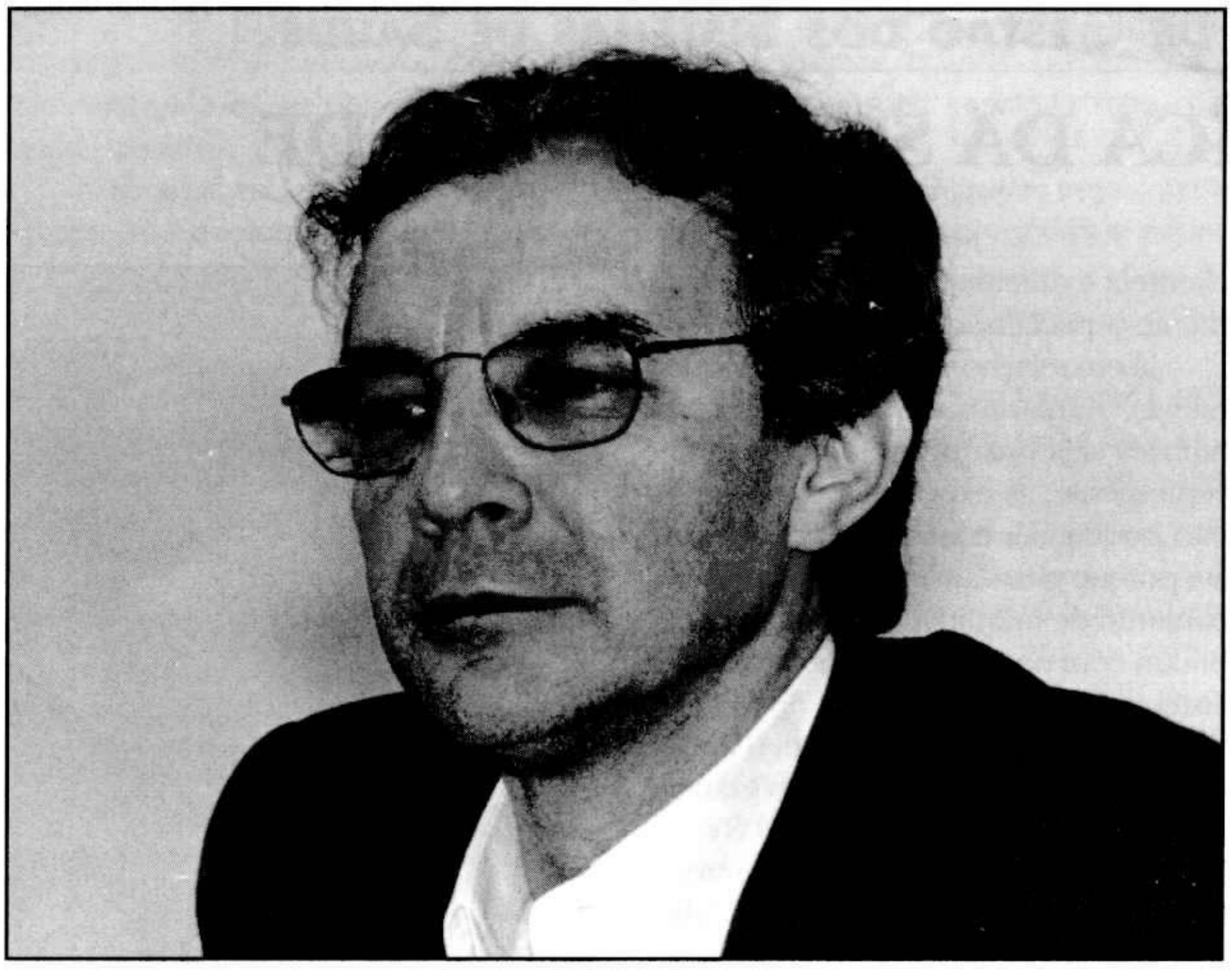
Neste contexto de busca da qualidade, Nilson identifica dois tipos de gestão em cidades brasileiras orientados pela perspectiva do "bom governo", que pressupõe um eleitorado que julga as decisões.

- O modelo do empresarialismo tem um grande impacto sobre as cidades. Rio de Janeiro e Recife são exemplos desta visão de que a gestão governamental pode ser melhor operada por uma aliança entre o gestor e os empresários. A exemplo do que aconteceu em São Francisco, Barcelona e Buenos Aires, tende-se a investir em espaços decaídos, transformar as cidades em produtos para o turismo, aumentar o sentimento narcísico da população identificada com a cidade. Este modelo maximiza a opção política e minimiza a idéia da participação - analisa Nilson.



"Houve um deslocamento do paradigma da escassez para o da qualidade, da busca do bom governo".
Nilson do Rosário Costa (ENSP)

O outro modelo é o estilo



"A reflexão que eu trago aqui é a de que ainda persistem variáveis perversas nas nossas cidades".
Jairnilson Paim (ISC/ UFBA)

"participacionista", com a inovação dos mecanismos de regulação da decisão pública, que tem em Porto Alegre o caso mais radical, com a inovação do orçamento participativo. Nilson cita ainda o município de Niterói, que, mesmo sem tanta radicalidade na participação popular, priorizou investimentos que a tornaram a cidade com melhor qualidade de vida do Estado do Rio.

Envolvido, nos últimos quatro anos, com pesquisas do CEDEC sobre diferenças intra-urbanas, violência, inclusão e exclusão na cidade de São Paulo, violência e qualidade de vida em Campinas e violência em Salvador, Curitiba e Rio de Janeiro, Marco Akerman afirma que a principal conclusão que se pode tirar destes trabalhos é que há diferenças sócio-econômicas importantes entre bairros das cidades, com reflexos distintos sobre a saúde das populações.

- Nosso debate deveria se chamar As Distintas Deteriorações do Espaço Urbano: os impactos relativos na saúde - sugere Marco, que prefere abordar a questão do ponto de vista da gestão urbana, a buscar em causas e efeitos um fator de risco preponderante, como objeto de intervenção.

Para sugerir caminhos para uma mudança da atual cultura de gestão urbana, ele toma como metáfora um relato do viajante Marco Pólo sobre o destino da cidade de Marósia, onde os habitantes com o ímpeto de voar das andorinhas suplantaram os demais, que tinham a sordidez dos ratos, mudando a cidade para melhor.

Tomando a andorinha como o "agente" da mudança, Marco estabelece algumas relações entre a metáfora e ações concretas para a construção de uma perspectiva "não catastrófica" de futuro:

- A andorinha necessita antever o horizonte: o estabelecimento de uma visão de futuro para a cidade. Uma só andorinha não faz verão: uma ação intersetorial consistente. A andorinha e seus distintos ninhos: uma consideração das diferenças internas das "cidades" dentro da cidade, na cultura da gestão urbana. A andorinha explorando céus nunca dantes "navegados": a elaboração de uma nova agenda de investigação.

Marco conclui propondo uma nova cultura da gestão urbana, "que pense os distintos espaços da cidade, advogue a causa das áreas urbanas mais desfavorecidas, mantenha na agenda pública a questão social, eqüacione as formas de alocação atual de recursos dentro do espaço urbano e estimule o debate local/distrital das condições de vida".

Ao comentar a fala dos dois expositores, Jairnilson Paim se disse também "otimista em relação à possibilidade da construção de uma nova cidadania e de uma nova cultura cívica". Mas lembrou que ao cantar a maior cidade da América Latina, com a música "Sampa", Caetano Veloso foi dialético contemplando a força da grana que ergue, mas também destrói coisas belas, e relatou dois fatos ocorridos em Salvador.

O primeiro, a possível construção de uma nova avenida entre a orla e os subúrbios ferroviários, cortando todo o miolo da cidade, o que provocará, segundo anunciado "sem nenhum acanhamento" pelo Prefeito, "redução dos custos das empresas de transporte e um grande *boom* dos investimentos imobiliários". O outro fato foi a expulsão, com a restauração do Pelourinho, daquelas famílias pobres que, mal ou bem, preservaram aquele patrimônio histórico, após o abandono da área pela aristocracia baiana no final do século passado.

- A reflexão que eu trago aqui é a de que ainda persistem variáveis perversas nas nossas cidades - conclui Jairnilson. ■

CONTRAPONTO

A Escassez Como Motor da História

No dia 24 de setembro, matéria assinada por Cláudio Cordovil no Jornal do Brasil sobre o geógrafo Milton Santos chamou a atenção pelo seu título: "A escassez como motor da História" e a inevitável associação com a declaração ouvida dias antes no debate da Abrasco, de que "o paradigma da escassez foi substituído pelo da qualidade".

- A convivência com a escassez para os não possuidores é aflitiva porque, para os pobres, viver no mundo do consumo é como subir uma escada rolante no sentido da descida. Não há negociação possível. É por isso que as experiências entre os pobres se renovam. É essa prontidão dos sentidos que lhes faz ter o sentido da história - afirmou Milton Santos, que fez duras críticas aos intelectuais, as classes médias e aos ricos, por terem suas consciências "amaciadas" pelo conforto material. **(R.L.R.)**

MODALIDADES DE GESTÃO DOS SISTEMAS DE SAÚDE

SOB A ÓTICA DA SOLIDARIEDADE

- Desenvolver e consolidar um modelo de gestão próprio, baseado na solidariedade e no cumprimento dos pactos formulados com a sociedade. Para isso, é essencial que os profissionais de saúde da academia e dos serviços tracem uma agenda estratégica que enfrente os problemas concretos que estão colocados e que postergam a total implantação do Sistema Único de Saúde.

A opinião é do Presidente do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, Gilson Cantarino, na mesa-redonda que discutiu "Modalidades de Gestão dos Sistemas de Saúde". Coordenada por José da Silva Guedes (Secretário de Saúde do Estado de São Paulo), a mesa contou, ainda, com a presença de Antonio Werneck (Secretário de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde) e André Médici (do Banco Interamericano de Desenvolvimento).

Ao definir o que chama de "modelo próprio", Gilson Cantarino descartou a proposta apresentada pelo Ministério da Administração e Reforma do Estado (Mare), de criação de "Organizações Sociais" como alternativa de gestão das instituições públicas de saúde:

- O Governo deve é desobstruir o funcionamento das fundações públicas, autarquias e órgãos autônomos, cuja flexibilidade, agilidade e autonomia de gestão foram obstaculizadas pelos entraves burocráticos que o próprio Governo vem alimentando ao longo do tempo e particularmente agora, quando tenta se eximir do seu verdadeiro papel e de sua responsabilidade constitucional de garantir saúde para todos.

Ele criticou, também, modelos como o *managed care* (assistência gerenciada), que surgiu nos Estados Unidos e mais tarde foi adaptado à realidade de alguns países europeus:

- Do ponto de vista da eficiência microeconômica, contenção de custos, racionalização de gastos, controle e padronização de serviços, esta modalidade tem sido bastante adequada. Entretanto, do ponto de vista da universalização do acesso, da integralidade e da eqüidade, esta proposta restringe a cobertura, seleciona a clientela e dificulta o acesso ao atendimento especializado e hospitalar.

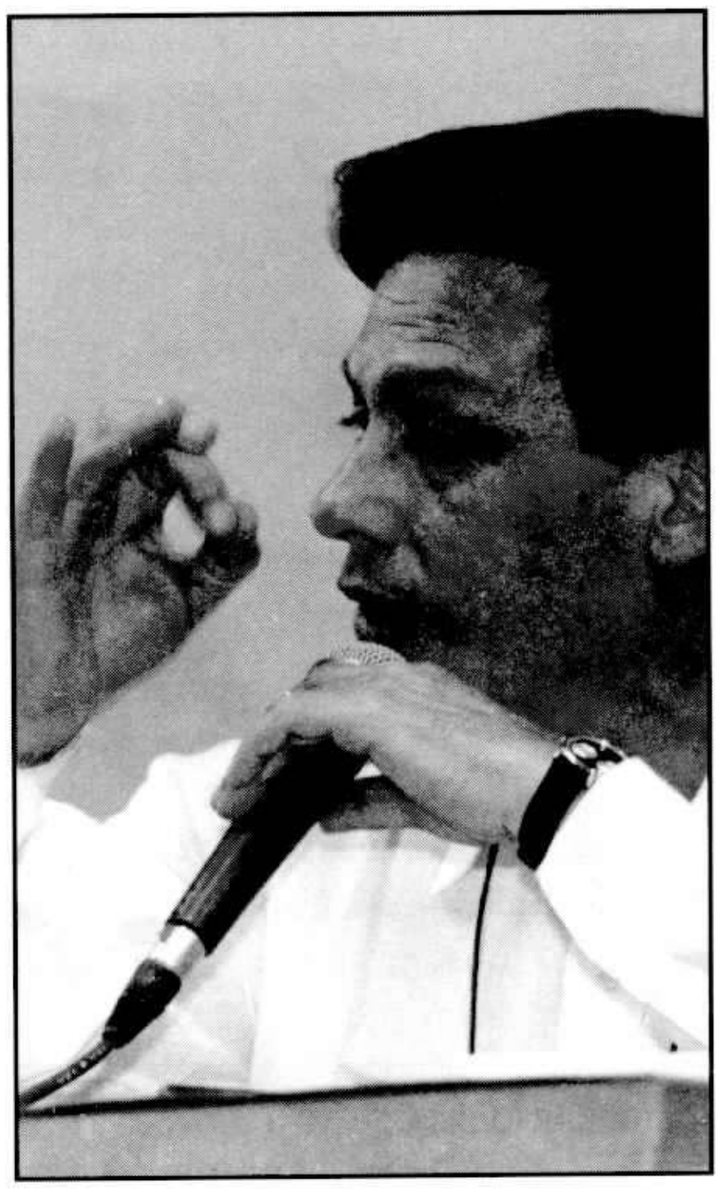
Já em relação às chamadas cooperativas, Cantarino afirma que "muito embora seja uma proposta surgida recentemente, as experiências em curso não podem ser consideradas exitosas, até porque guardam em seu interior um conjunto de iniqüidades que não combinam com os preceitos e objetivos do Sistema Único de Saúde".

Com base nesta avaliação, o Presidente do Conasems acha que o grande desafio está na consolidação do SUS com seu caráter público e universal, entendendo que saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde e que resulta de um conjunto de fatores sociais, econômicos, políticos e culturais. Para Gilson Cantarino, afirmar que os problemas de saúde são frutos do mau gerenciamento do setor é escamotear um problema sério subjacente à questão da saúde:

- O sistema de saúde recebe o cidadão que tem suas condições de vida e saúde determinadas pelo modelo econômico e por uma política atrelada ao pagamento da dívida externa. Ele é vítima, portanto, da crise econômica e fiscal do Estado, que em nome de uma pseudo racionalização de custos, desinveste nas políticas públicas e concede mínimos sociais para os pobres, reproduzindo desigualdades, legitimando discriminações e contrariando flagrantemente dispositivos constitucionais. O sistema acaba negando os direitos de cidadania e o que é pior, provoca a desuniversalização da atenção à saúde do cidadão.

Gilson Cantarino acha que, "o Governo produz um discurso de modelos ditos alternativos para gerir a área da saúde como uma panacéia que irá salvar a pátria, quando o que se vê é o privilegiamento do setor privado através de subsídios diretos ou indiretos".

Segundo ele, o Ministério da Saúde afirma que o administrador público não pode ser mais amador e imputa aos maus administradores a ineficiência da grande maioria dos hospitais públicos. E comenta:



"Do ponto de vista da universalização do acesso, da integralidade e da eqüidade, propostas como a do managed care restringem a cobertura, selecionam a clientela e dificultam o acesso ao atendimento especializado e hospitalar".
Gilson Cantarino (Presidente do Conasems)

- Concordamos que a capacitação gerencial é uma dimensão fundamental para a superação do improviso, mas somos obrigados a cobrar do próprio Ministério da Saúde as definições que os municípios precisam para habilitar-se às novas modalidades de gestão, para poder definir seus objetivos e metas, medir resultados e gerenciar a saúde no nível local. A Norma Operacional Básica, editada pelo Ministério em 6 de novembro de 96, tem 27 ítens pendentes de regulamentação. Carecemos de várias definições essenciais do próprio Ministério, para que os gestores municipais se habilitem a gerenciar a saúde. As indefinições engessam a ação dos gestores municipais, emperram a descentralização e em conseqüência atrasam a implantação definitiva do SUS.

APRESENTAÇÃO

*Álvaro Nascimento**

Os números falam por si. A presença de 2.400 participantes oficialmente inscritos, de 350 convidados e a apresentação de 984 trabalhos de praticamente todos os estados do Brasil, dão bem uma idéia da magnitude do V Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva e do V Congresso Paulista de Saúde Pública, promovidos pela Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), pela Associação Paulista de Saúde Pública e pela Faculdade de Saúde Pública da USP, realizados simultaneamente em Águas de Lindóia (SP).

Não é exagero afirmar que foram poucos os momentos em que a história deste País teve oportunidade de reunir um número tão expressivo de autoridades, gestores, profissionais, pesquisadores e usuários do sistema de saúde, com o objetivo de propor alternativas para o setor.

O RADIS - que esteve presente aos dois congressos - se esforça para refletir, nesta TEMA, o grande espectro dos assuntos tratados. É essencial esclarecer, entretanto, que esta TEMA foi pequena para traduzir o conjunto das discussões ali travadas. Premidos pela exigüidade da equipe e de tempo (várias mesas, debates e painéis foram realizados simultaneamente), fomos obrigados a priorizar assuntos e optar por cobrir determinada atividade, com a preocupação de contemplar o maior campo possível de temas e enfoques.

De forma resumida, pode-se dizer que o fio condutor dos debates foi a análise da responsabilidade do Estado contemporâneo com a saúde. Para isso, os participantes dos congressos mergulharam fundo no impacto que o recente processo de reforma do Estado - no que tange ao sistema de saúde - traz à qualidade de vida da população.

Neste mergulho, temas como a globalização, eqüidade, universalidade e enfrentamento da exclusão são debatidos paralelamente à realização de mesas-redondas sobre as novas modalidade de gestão no SUS, incluindo a implantação dos programas de agentes comunitários, saúde da família, PAS e cooperativas.

Da mesma forma, debates sobre a reforma do Estado municiam as discussões sobre a deterioração do espaço urbano, a produção científica na saúde, o financiamento do setor, a relevância pública da saúde e a satisfação dos usuários do sistema.

Esta TEMA se completa com as discussões travadas sobre o destino dos hospitais públicos, a política de medicamentos, a vigilância sanitária, a violência urbana, a gestão semi-plena, a NOB-96 e a saúde do trabalhador.

Ao tratar destes temas - todos fundamentais no processo de implantação do Sistema Único de Saúde - o RADIS disponibiliza a seus leitores instrumentos de reflexão com vistas à implantação de políticas que resgatem o compromisso constitucional de que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado.

* ***Álvaro Nascimento*** *é Coordenador e Editor do Programa RADIS/ENSP/FIOCRUZ.*

"A SAÚDE É RESPONSABILIDADE DO ESTADO CONTEMPORÂNEO"

- A década que estamos vivendo se caracteriza pela desobrigação dos governos em superarem ou pelo menos atenuarem a exclusão social produzida e amplificada pelo modelo econômico e social. Essa superação poderia se dar através de políticas públicas que, se não garantissem a solidariedade e o respeito às necessidades radicais dos seres humanos, ao menos deveriam atenuar e compensar os efeitos mais nefastos da exclusão.

A opinião é de Rita Barradas Barata, Presidente da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco) ao analisar, durante a abertura do V Congresso, as dificuldades de se assegurar o princípio de que saúde é dever do Estado e direito de todos, inscrito na Constituição, no dia-a-dia da população brasileira.

Segundo ela, "a conjuntura internacional dos anos 90 trouxe a onda neoliberal e a revisão do papel do Estado, apontando os avanços das conquistas sociais como resquícios arcaicos do período das revoluções sociais que haviam marcado a primeira metade desse século".

Na sua análise, este tipo de visão criou as condições para que "sob a afirmação das liberdades individuais, da autonomia e responsabilidade dos cidadãos com sua própria vida, aí incluídos os cuidados com a saúde, se ocultar propostas de redução das responsabilidades estatais na construção de sociedades mais justas e solidárias".

Para ela, apesar do esforço de construção do SUS, no setor saúde se verifica forte impacto provocado por este tipo de política:

- Assistimos o progressivo desfinanciamento do setor, com a deterioração da rede física de serviços, a incapacidade de regulação por parte do Estado e o descompromisso frente às inúmeras carências de uma população profundamente desgastada pelas difíceis condições em que vive.

Para Rita Barata, os princípios que estiveram e estão na base da formulação do direito à saúde como fundamento do SUS, estão ameaçados nesse embate permanente entre as condições individualistas e liberais e as concepções coletivas e solidárias:

"Os princípios que estão na base da formulação do direito à saúde estão ameaçados no embate entre as condições individualistas trazidas pela onda neoliberal e as concepções coletivas e solidárias."
Rita Barradas Barata (Presidente da Abrasco)

- A universalidade do direito à saúde, por exemplo, está em cheque pelas inúmeras propostas de focalização, não só das medidas e dos programas assistenciais, como também das medidas de prevenção e dos programas de promoção. A população é segmentada de acordo com sua inserção social e conseqüente capacidade de se apresentar no mercado competindo por bens e serviços, muitas vezes de qualidade duvidosa. Por esta visão, ao Estado caberia identificar e classificar os mais carentes e apenas a eles dirigir suas políticas, obtendo por meio da focalização a maximização dos resultados.

Segundo a Presidente da Abrasco, face ao empobrecimento crescente e à exclusão de parcelas cada vez mais significativas da sociedade, "tais políticas não têm demonstrado a efetividade que delas se esperava, passando a se constituir em novos mecanismos de exclusão. A integralidade das ações também está constantemente na berlinda, face às inúmeras iniciativas de constituição da chamada *cesta básica de benefícios*".

Neste aspecto, ela afirma que o direito à saúde não pode ser reduzido às prestações de cuidados básicos, por mais importantes que eles sejam:

- O sofrimento decorrente de qualquer uma das formas de adoecimento tem que ser considerado e sua atenção garantida. Qualquer tentativa de estabelecer distinção entre os serviços a cargo do Estado e aqueles que seriam adquiridos no mercado através de diferentes modalidades de seguros, representa a quebra do princípio da integralidade.

Ela afirma que "as necessidades básicas dos seres humanos vão muito além da simples sobrevivência" e acha que "muitos estarão nos reprovando por sermos utópicos, porém é essa utopia o que nos move e desafia a trazer para o dia-a-dia a inscrição que pudemos fazer em nossa Constituição, tornando realidade a saúde como direito do cidadão e dever do Estado". ■

CONFERÊNCIA

A POLÊMICA FUNÇÃO DO ESTADO NAS SOCIEDADES MODERNAS

- Durante décadas, nos bombardearam com *verdades* sobre como o retorno às regras de mercado aumentaria a concentração de renda e provocaria maior exclusão. Não aceito esta verdade insofismável. Nunca consegui compartilhar desta visão, porque não acredito haver um só caminho histórico.

Com esta polêmica afirmação, diante de uma platéia majoritariamente hostil aos rumos da globalização econômica, Maria Elizabeth Diniz Barros, Vice-Presidente da Abrasco, iniciou a conferência "Saúde, Responsabilidade do Estado Contemporâneo", na abertura do V Congresso.

Beth Barros avalia que o momento exige reflexão e indaga:

- Será realmente que a dimensão econômica, sobre a qual se assenta a afirmação categórica de que estamos diante do fim do Estado-Nação, explica toda a realidade, ou esta é determinada também por traços culturais, conquistas históricas e identidades nacionais? Será que nas sociedades globalizadas o Estado é incapaz de impor limites à exclusão e à concentração de renda? Será que não há mecanismos construídos pela sociedade para fazer com que o Estado opere no futuro, colocando limites a este mercado selvagem?

Citando o sociólogo português Boaventura de Souza Santos, ela argumenta que a globalização econômica e a amplitude do sistema de comunicação internacional desestabilizam o pensamento das sociedades modernas, que se baseia na equação entre raízes (o que é permanente, estrutural, mediado por características culturais) e opções (o que é variável, efêmero, passível de escolha). Estaríamos diante de um "momento de perigo", que oferece uma multiplicidade de opções e simultaneamente a redescoberta de razões.

- O que se tinha como raiz era opção. A transformação da estrutura social parece desnecessária. Nosso compromisso é repensar o passado e construir indagações poderosas para colocar em cheque as verdades dos dominantes, afirma ela.

Para Beth Barros, a internacionalização financeira e produtiva nas duas últimas décadas, assim como os novos fluxos de comércio, dificultaram a implantação de políticas sociais nacionais. Em sua avaliação, o desemprego gerado pela redução do trabalho fabril vem sendo absorvido pelo setor de serviços, que já representa mais de 50% do Produto Interno Bruto dos países.

- Os mecanismos tradicionais de política social, como a previdência e o seguro desemprego, não respondem mais à dinâmica da sociedade. Novos mecanismos podem ser acionados, como a garantia de renda mínima, associada ao melhoramento das condições ambientais. Mais mercado não significa, necessariamente, menos Estado - acredita.

Frente aos novos tempos, Beth Barros destaca dois cenários futuros. O primeiro, uma opção pelo que é mais "benéfico": todo mundo tem o direito de ser igual, quando a diferença inferioriza, e diferente, quando a igualdade descaracteriza. O segundo, a possibilidade de uma cidadania planetária, com a defesa das condições de vida do planeta e o Estado mediador das relações da sociedade civil protagonista.

- O importante é que em nenhuma das visões a figura do Estado está ausente. Isto não significa que o Estado vá ter as mesmas características de antes. É preciso que haja a sua reformulacão. Os benefícios sociais padronizados do estado de bem-estar social serão substituídos pelo conceito de riscos previsíveis - diz ela.

Beth Barros antevê a adoção de políticas "gerativas", que impeçam que os riscos se instalem, e um Estado forte, que intervenha ainda mais na saúde, na regulamentação ambiental e nos mecanismos de garantia de renda.

- No caso do Brasil, o resgate dos princípios constitucionais de universalidade do acesso, do direito à saúde e das ações intersetoriais do Sistema Único de Saúde é a forma da saúde se inscrever nesta reformulação das políticas para o futuro.

Em sua opinião, a sociedade do futuro exigirá ações e alianças entre organizações não governamentais e sindicatos com pautas renovadas.

- Concordo com o Boaventura, quando ele diz que nossas chances dependem de conseguirmos construir alianças e identificar o que nos une e não o que nos separa. E o caminho passa necessariamente pela cidadania e solidariedade. ■

"Temos que buscar o que nos une e o caminho passa pela cidadania e pela solidariedade"
Maria Elizabeth Diniz Barros (Abrasco)

EQÜIDADE, UNIVERSALIDADE E INCLUSÃO SOCIAL

CONSTRUIR UM ESTADO QUE SUPERE AS DESIGUALDADES

Ao analisar a crise social que atravessa os países em desenvolvimento, a Professora do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP, Amélia Cohn, afirma que "no caso da América Latina, e do Brasil em particular, é inevitável que se parta do pólo negativo, dadas as brutais desigualdades sociais que fraturam essas sociedades".

Ela recorre a Boaventura de Souza Santos para apontar:

- Enquanto na modernidade o seu paradigma converge e se reduz ao desenvolvimento capitalista, passando as sociedades modernas a viver da contradição entre os princípios da **emancipação**, que continuaram a apontar para a igualdade e a integração social, e os princípios da **regulação**, que passaram a gerir os processos de desigualdade e de exclusão produzidos pelo próprio desenvolvimento capitalista, na atualidade essa tensão dialética deixou de ser criativa, uma vez que a emancipação deixou de ser o outro da regulação para se tornar no duplo da regulação. Assim, as crises de ambas são simultâneas e alimentam-se mutuamente.

Ela diz que "essa crise é, portanto, do padrão moderno de coesão social nos moldes capitalistas por meio de mecanismos de integração subordinada pelo trabalho e das novas formas de regulação social por meio de mecanismos de integração via consumo - o Estado Providência hoje em crise - e que tem como eixo central os princípios abstratos da cidadania e dos direitos".

Para a professora, associa-se às crises dos padrões de regulação e de emancipação a crise (questionável) do Estado e do Estado Providência. A sua tradução para os países em desenvolvimento reveste-se da crise do modelo desenvolvimentista, a partir dos anos 70 e 80, quando se evidencia que o desenvolvimento econômico promovido pelo Estado (inclusive por um Estado-empresário), e identificado como o agente por excelência modernizador da sociedade, não só não gera o desenvolvimento social como não garante o crescimento econômico, aumentando as desigualdades sociais.

Segundo ela, "é nesse contexto que se impõe enfrentar a questão da eqüidade, universalidade e inclusão social, e exatamente quando os padrões de regulação social não ocorrem mais via integração social através do consumo, mas predominantemente através de propostas de satisfação de algumas selecionadas necessidades sociais básicas - os bens de consumo coletivo - sempre entendidos ou equacionados como mercadorias".

Para Amélia Cohn, "passa a prevalecer, então, não mais um padrão de relação Estado/cidadãos crivados pela divisão em classes sociais, mas, coerentemente, com a defesa do Estado mínimo, um padrão de relação Estado/pobres, concebidos como uma massa indiferenciada de excluídos".

- A consequência disso, na América Latina, é que sucede à fase do predomínio da concepção desenvolvimentista de Estado - e segundo a qual o desenvolvimento social seria decorrência do próprio desenvolvimento econômico - o predomínio da concepção de que a promoção do desenvolvimento social se reduz à implementação de programas de alívio da pobreza, afirma ela.

Segundo a professora, "quando se propõe que se passe do pólo negativo para o positivo, considerando a eqüidade, a universalidade e a inclusão social, não só introduz-se a dimensão política na questão, isto é, a ótica da **emancipação**, como tal fato implica na necessidade de se romper com o círculo de ferro do predomínio ora vigente, da concepção de probreza simplesmente concebida como *déficit* de acesso ao consumo de determinados bens e serviços básicos, deslocando o eixo para a dimensão das desigualdades sociais e das formas possíveis de superação da pobreza.

Para Amélia Cohn essa é uma mudança radical. Ela explica por que:

- Em primeiro lugar, porque demanda que se formule um novo projeto para a sociedade, tendo agora como parâmetro básico a definição consensuada de padrões de justiça social e graus de desigualdade social que sejam socialmente aceitáveis. Em segundo lugar, porque enquanto nos programas voltados para o alívio da pobreza a questão do pacto redistribuído é marginal, da perspectiva da superacão da pobreza ele passa a ser central. Em terceiro lugar, porque implica - caso se leve a sério o desafio de se construir uma sociedade mais justa e democrática - romper com o fato de que, contemporaneamente, a **emancipação** deixou de ser o outro da regulação para se tornar no duplo da regulação, tendo-se que romper o círculo vicioso que faz com que ambas se retroalimentem, como aponta Boaventura de Souza.

Finalmente, ela acha essa mudança complexa "porque implica em sair das malhas do ideário neoliberal que pauta a discussão sobre o Estado e a Reforma do Estado - em termos de menos Estado, mais mercado - para a discussão de um outro Estado, democrático, que integre efetivamente todos os cidadãos. ■

"A mudança é complexa porque implica em sair das malhas do ideário neoliberal que pauta a discussão sobre a Reforma do Estado - em termos de menos Estado, mais mercado - para a discussão de um Estado democrático, que integre efetivamente todos os cidadãos".
Amélia Cohn (Professora da USP)

A GLOBALIZAÇÃO E AS POLÍTICAS DE SAÚDE

O processo de implantação de reformas nos sistemas de saúde nos países latinoamericanos segue uma concepção patrocinada pelo Banco Mundial, segundo a qual a atuação do Estado deve estar voltada para a garantia de um pacote mínimo de serviços essenciais voltado para os comprovadamente pobres, cabendo ao setor privado oferecer outras classes de serviços, de mais alto rendimento.

A afirmação foi feita pela Professora Asa Cristina Laurell, Mestra em Medicina Social pela Universidade Autônoma Metropolitana do México, para quem a lógica imposta pelo processo de globalização traz impacto direto sobre a política de saúde:

- A saúde está sendo submetida à uma lógica perversa. Há uma inversão de valores, já que a linguagem e as considerações econômicas prevalecem sobre a linguagem humanista e os direitos dos cidadãos.

Para ela, "as características que marcam este processo vertiginoso de integração globalizada tende a fortalecer os já fortes e debilitar ainda mais os historicamente desprotegidos". E explica:

- Entre os argumentos a favor de uma mudança nas políticas de saúde está o da incompatibilidade entre a abertura de mercados e a existência de um monopólio estatal de financiamento e prestação de serviços de saúde, na medida em que a abertura externa obrigaria à uma maior competição interna. Outro argumento é que a competitividade internacional obriga à diminuição dos custos da mão de obra, levando à necessidade de se reformar os sistemas de seguridade social, reduzindo o gasto social público.

Para Asa Laurell "esta concepção se traduz numa política social que rearticula o papel da família, do mercado e do Estado, que implica numa reestruturação profunda da matriz básica do que venha a ser ***público***, colocando os benefícios e serviços sociais no âmbito direto da acumulação de capital".

Ela acha que neste contexto os organismos internacionais jogam um papel crucial não apenas na condução das reformas econômicas, mas também na reestruturação das políticas sociais em cada país. E que no âmbito da saúde, o Banco Mundial desenhou uma nova política que hoje está se impondo em praticamente todos os países latinoamericanos. Suas principais medidas constam do documento "Investir em Saúde". Segundo esta cartilha, os serviços médicos devem ser considerados como "bens privados", já que seriam apropriados pelos indivíduos em quantidades variáveis.

"Há vários fatos que demonstram que a alternativa do contrato privado e individualizado tem resultado em um aumento notável da iniqüidade no acesso aos serviços, além de se registrar um aumento no custo, tanto para o Estado como para os indivíduos e as empresas".
Asa Laurell (Professora da Universidade Autônoma do México)

Para Asa Laurell, "desta concepção surge o pressuposto de que a saúde seria uma responsabilidade privada e que os indivíduos deveriam resolver suas necessidades de saúde em família ou através de sistemas de seguro que garantissem o acesso a determinados tipos de serviço. Logo, o Estado só deveria se responsabilizar por procedimentos que não interessassem ao setor privado oferecer, seja por falta de rentabilidade ou por seus custos serem tão altos que os indivíduos não poderiam comprar, por falta de condições econômicas. Dentro desta concepção, não cabe a noção do direito à saúde e sua conseqüência lógica, que é a obrigação do Estado de garantí-lo".

Segundo a Pofessora, o discurso que defende a regulação do setor saúde através da introdução das forças do mercado tenta se justificar na ineficiência das instituições públicas e na relação custo-benefício dos investimentos públicos realizados, abrindo mão a princípio de implementar políticas que busquem melhorar a eficiência do setor.

Asa Laurell faz um questionamento teórico do modelo apregoado pelo Banco Mundial:

- A separação que o Banco Mundial faz entre os serviços chamados de essenciais (destinados aos pobres) e os demais, merece análise cuidadosa, já que a integração entre o pacote básico de saúde e os serviços oferecidos pelo mercado é um aspecto crucial para o sucesso do sistema. Ao se utilizar estas denominações estaria se supondo que há classes de serviços que preservariam a saúde e outras que seriam escolhidas pelos indivíduos, como se

PARTICIPAÇÃO E SATISFAÇÃO DO USUÁRIO

"A gente espera duas horas pelo médico, depois mais quarenta dias pelo resultado do exame. Quando chega, o médico mal olha pra gente, não escuta o que a gente diz e vai logo escrevendo. Uma vez, o médico daqui me perguntou o que eu já tinha tomado para ele repetir. Tive medo dele!"

Na fala objetiva de uma doméstica de 33 anos, solteira e com 1º grau incompleto, está a síntese da "via crucis" enfrentada pelo usuário do sistema de saúde no País. Ela foi uma das 50 pessoas entrevistadas na "Avaliação Qualitativa no Ambulatório do Hospital Universitário Lauro Wanderley: Com a Palavra o Usuário", coordenada pela farmacêutica e sanitarista Roseana Maria Meira, da Universidade Federal da Paraíba.

Verificou-se, com a pesquisa, que metade dos entrevistados estava insatisfeita com a prestação de serviços. Diversas falhas foram apontadas: 20 a 50 dias para obter consulta, uma a duas horas para chegar à unidade de saúde, até três horas para o atendimento, filas, consultas com tempo médio de 10 minutos, equipamentos constantemente quebrados ou em manutenção e dificuldades de comunicação e relacionamento das equipes de saúde com os usuários.

O nível de informação que o usuário detém a respeito de direitos e deveres revelou-se precário e condicionou os resultados da pesquisa.

Roseana Meira conclui que programas permanentes de avaliação, envolvendo administradores, trabalhadores e usuários são indispensáveis para a tomada de decisões e a melhoria da qualidade dos serviços.

- Deve-se abandonar a concepção de que o usuário não tem condições de avaliar os serviços de saúde por não possuir elementos técnicos. Ele vive o cotidiano e suas contradições, o inferno e o céu de cada dia - diz a sanitarista.

"Em Angra, há uma disputa maior pelo Conselho Gestor que pelo Conselho Municipal de Saúde".
Roseny Pinheiro (Sanitarista da Uerj)

Apresentado no Congresso da Abrasco pela assistente social Ana Maria Arruda Camargo, o estudo "Controle Social numa Instituição Hospitalar: Atores Sociais e Participação" identificou espaços de participação informal no Hospital das Clínicas da Unicamp, mas nenhum interesse na criação de canais permanentes de avaliação e controle social por usuários, através de um Conselho Gestor, por exemplo.

Com base em sua pesquisa, Ana Maria Camargo avalia que a visão que se tem do usuário varia segundo as categorias profissionais:

- Para os médicos, o usuário não é sujeito possuidor do saber, mas apenas um receptor do aprendizado da academia. A enfermagem o identifica como possuidor de direitos, porém restritos à área assistencial. Para o serviço social, ele é visto como possuidor de direitos no sentido pleno da cidadania, mas não identifiquei um avanço concreto no sentido de dar ao usuário espaços para o exercício do controle social dos serviços.

Em Angra dos Reis (RJ), a implantação do Conselho Gestor da Santa Casa,

"Para os médicos, o usuário não é sujeito possuidor do saber, mas apenas um receptor do aprendizado da academia".
Ana Maria Camargo (Assistente Social da Unicamp)

há quatro anos, após a intervenção do SUS municipal naquela instituição - motivada pela comprovação de diversas irregularidades -, resultou num modelo de gestão participativa de hospital, no aumento da oferta de leitos nas áreas materno-infantil, UTI e de urgência, além da discussão de um plano de cargos e salários. Estudo realizado pela sanitarista Roseny Pinheiro, do Instituto de Medicina Social da Uerj, revelou que, em determinados momentos, o interesse pela participação no Conselho Gestor era maior que no Conselho Municipal de Saúde. ■

"O usuário vive o cotidiano e suas contradições, o inferno e o céu de cada dia".
Roseane Meira (Farmacêutica da UFPa)

PESQUISA LEVANTA SATISFAÇÃO DO USUÁRIO HIV POSITIVO

Pesquisadores da UFMG realizaram em Belo Horizonte a pesquisa "Acesso de indivíduos infectados pelo HIV a serviços de saúde: uma abordagem qualitativa". Num universo de 32 entrevistas com portadores do vírus, 10 com trabalhadores em saúde e 10 com integrantes de ONG's que lidam com Aids, a pesquisa mostra os principais problemas identificados nos quatro momentos do processo de assistência aos infectados.

Há o momento do **desejo** de ser atendido, onde o principal problema é a resistência em procurar o serviço. O segundo momento é a **busca** da atenção, quando as principais complicações estão na falta de informação sobre onde se localiza e a dificuldade de acesso físico ao serviço.

No terceiro momento, o da **obtenção** da assistência, a pesquisa indica quatro problemas: demora para se marcar a primeira consulta, poucos serviços no interior de Minas Gerais, baixa resolutividade da atenção prestada e recusa de atendimento por parte de profissionais de saúde.

No quarto momento, o da **continuidade** da assistência após a primeira consulta, as dificuldades são: demora para se marcar o retorno ao serviço de saúde, freqüência com que a reconsulta não é realizada na data agendada, tempo prolongado de permanência no serviço (quando o infectado sofre ao entrar em contato com pacientes em estado avançado da doença), falta de integração entre os serviços e falta de recursos financeiros próprios para se locomover até a unidade de saúde.

O Que Fazer com os Hospitais Públicos

O ESTADO DEVE REGULAR OU GERENCIAR?

O diagnóstico é o mesmo: há uma crise de eficácia nos hospitais públicos, em sua maioria mal gerenciados, sucateados, sem recursos e expostos freqüentemente à uma "privatização" de suas instalações, serviços e equipes profissionais. É diferente, porém, o remédio prescrito pelos professores Eugênio Vilaça Mendes, da Escola de Saúde de Minas Gerais (ESMIG), e Luiz Carlos de Oliveira Cecílio, da Faculdade de Ciências Médicas de Campinas (FCM/Unicamp). Um defende a retirada do Estado da prestação direta dos serviços. O outro acredita que bom gerenciamento e resolutividade podem e devem ser assegurados pelo Estado.

No pano de fundo do consenso e da polêmica está a intenção do atual governo de transformar esses hospitais em Organizações Sociais, atuando de forma competitiva, segundo as leis de mercado.

Eugênio Vilaça é contra alterações no financiamento público dos hospitais, "porque o financiamento privado não impacta a saúde da população". A regulação do setor também deve ficar a cargo do Estado, em sua opinião, "porque o consumidor não tem suficiente informação sobre o produto e existe a figura do médico interposta entre a oferta e a procura", o que ele considera uma "falha de mercado".

Mas ele quer evitar também o que chama de "falha de governo", quando o Estado assume os serviços e não consegue atender com qualidade à demanda.

- Ou bem se regula, ou bem se presta serviço. E o mais importante é regular. Do ponto de vista do Estado, navegar é preciso, remar não. Outros podem remar, desde que o Estado defina o rumo - compara Eugênio.

- Prefiro apostar na presença do estado na assistência . Não só pelo epíteto socialista, que assumo, mas porque não há uma incompatibilidade total em se fazer as duas coisas - rebate Luiz Carlos Cecílio.

O professor da Unicamp assegura que a saída não está na retirada do Estado, já que muitos hospitais privados também estão em crise, embora menos visíveis.

- Temos que identificar problemas e buscar soluções. Financiamento não é uma questão crucial. A grande crise dos hospitais está mais relacionada com a crise do paradigma da medicina ocidental da medicalização e com o modelo de administração vertical e burocrático - afirma.

Ele propõe uma reforma gerencial dos hospitais públicos baseada num maior grau de autonomia, na modernização do sistema de gestão e na formulação de políticas de recursos humanos.

É preciso ainda, em sua opinião, tornar o espaço hospitalar mais humanizado, valorizar o aleitamento e a autonomia da mãe, oferecer atividades educativas para pacientes e famílias, buscar altas precoces, explorar formas alternativas de atendimento domiciliar. E, para estas estratégias, ele vê a intervenção do Estado como mais adequada.

Mesmo elogiando Cecílio como "um grande consultor de gestão hospitalar", Eugênio diz que seus argumentos apenas revelam o que pode ser feito a nível microeconômico para que um hospital público funcione bem, mas não respondem a questão colocada.

"Ou bem se regula, ou bem se presta serviço. E o mais importante é regular".
Eugênio Vilaça (Escola de Saúde de Minas Gerais)

Luiz Carlos Cecílio: "Não há uma incompatibilidade total em se fazer as duas coisas".
Luiz Carlos Cecílio (Unicamp)

- Para nós, que defendemos o sistema público, vale à pena gastar tanta energia em recuperar e modernizar os hospitais públicos, ou seja, remar; ou é melhor navegar, aumentando a capacidade de regular? Enquanto o nosso Ministério da Saúde tem 250 mil funcionários e pouquíssimo poder de regulação, o do Canadá emprega três mil pessoas e regula tudo. Precisamos de mais governo em um Estado menor, mais ágil e especializado em regular e normatizar. Um Estado público, não necessariamente estatal, mas fortemente regulador - diz Eugênio.

- A discussão não se esgota no macro - rebate Cecílio. Há necessidade de mergulhar no universo micro do hospital. A transformação dos hospitais públicos em organizações sociais, como quer o governo, não resolve as questões da missão do hospital, da tecnologia, do poder médico e da articulação dessas unidades com o sistema de saúde. Vejo o hospital hoje, especialmente nas cidades, como o grande ator estratégico para organizar toda a rede, inclusive a rede básica. Uma macro análise da questão, como a do Eugênio, serve para a discussão de formas de financiamento e regime jurídico do sistema, mas não tem força para explicar esta complexidade do hospital - conclui Cecílio. ■

VERDADEIRA REFORMA JÁ ESTÁ SE DANDO NA SAÚDE

Álvaro Nascimento

"A verdadeira Reforma do Estado está ocorrendo na área da saúde, com participação popular, descentralização e busca de eficiência gerencial. E esta reforma será vitoriosa na medida em que mais rapidamente implantemos o Sistema Único de Saúde". A afirmação é do cardiologista e ex-Ministro da Saúde, Adib Jatene, que coordenou a mesa que debateu o "Financiamento do Setor Saúde e a Reforma do Estado", que contou também com as presenças do Deputado Federal Eduardo Jorge (PT-SP), Solon Magalhães Vianna (do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - Ipea) e Hélio Zilbertjan (da Faculdade de Economia e Administração da USP).

Ao analisar a crise de financiamento que atravessa o setor saúde, Jatene foi enfático:

- Os juros da dívida pública são pagos rigorosamente em dia pelo Governo. Se não há recursos na data do vencimento, se emite títulos para saldar o compromisso. Já para a saúde, os repasses de verbas se atrasam até que o Tesouro tenha caixa.

O ex-Ministro criticou o fato do Governo Fernando Henrique Cardoso desviar recursos da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF) para pagar dívidas do Ministério da Saúde com o Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT):

- Acho errado. As dívidas do Ministério com o FAT são conseqüência do não cumprimento do orçamento do ano de 1996 enviado ao Congresso pelo próprio Governo. Ali estavam previstos R$ 20 bilhões para a saúde e só foram repassados R$ 14 bilhões. Isso ocorreu porque o Governo incluiu no orçamento a perspectiva de recolher R$ 6 bilhões através da CPMF já em 96, quando o projeto sequer estava aprovado pelo Congresso. Ele não poderia contar com estes recursos.

Adib Jatene disse que essa dívida, portanto, é do Tesouro, não podendo ser paga com recursos da CPMF:

- Na própria Lei Orçamentária de 96 estava estabelecido que, caso se frustrasse o recolhimento da CPMF, como acabou ocorrendo naquele ano, os recursos para a saúde seriam cobertos pelo Fundo de Estabilização Fiscal. Mas na verdade não saiu um só tostão do FEF para a saúde.

Sobre tornar a CPMF um imposto permanente, ele disse que "a CPMF foi uma proposta emergencial, para assegurar recursos para a saúde até que se aprovasse a reforma tributária. Hoje está provado que nossa iniciativa era correta, pois sem a CPMF o orçamento de 97 teria sido um desastre".

- Tornar a CPMF permanente, prosseguiu, distribuindo seus recursos na saúde, previdência e assistência social é um perigo. A Previdência é um sorvedouro de dinheiro e é uma área que tem forte poder de *lobby*. A reforma tributária é que deve assegurar os recursos necessários à saúde. Enquanto isso não acontece, a CPMF deve ser exclusiva da saúde, sem redução dos recursos das fontes tradicionais.

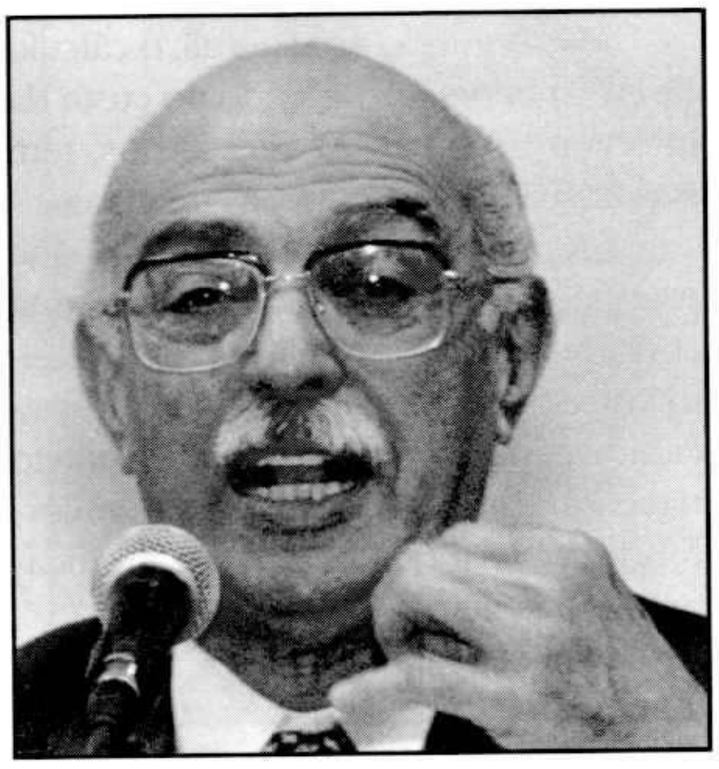
Jatene defendeu a aprovação, pelo Congresso Nacional, da Proposta de Emenda Constitucional (PEC) 169, de autoria dos Deputados Eduardo Jorge e Waldir Pires:

- As iniciativas implementadas num sistema como o da saúde não podem perder continuidade, pois se você suspende determinadas ações pode perder todo o esforço feito anteriormente. A PEC 169 assegura isso, determinando que estados e municípios gastem 10% de seus orçamentos com a saúde e o Governo Federal 30% do orçamento da seguridade social.

Segundo Jatene, o discurso da maioria dos economistas contra a vinculação de receita entra em choque com a Constituição:

- As disposições transitórias da Constituição já estabelecem que 30% do orçamento da seguridade social deveriam ir para a saúde, mas em 1994 e 1995 foram alocados apenas 16% e em 1996 caiu para 14,5%. Sem vinculação, os gastos com saúde foram decrescentes.

Para o Deputado Eduardo Jorge (PT-SP), a discussão sobre a Reforma do Estado tem que considerar que o Brasil é um dos países mais desiguais do mundo:



"As disposições transitórias da Constituição já estabelecem que 30% do orçamento da seguridade social deveriam ir para a saúde, mas em 1994 e 1995 foram alocados apenas 16% e em 1996 caiu para 14,5%. Sem vinculação, os gastos com saúde foram decrescentes."
Adib Jatene (Ex-Ministro da Súde)

- Para se medir a qualidade de vida de uma população, a utilização do Produto Interno Bruto per capita é burra. A ONU já utiliza o Índice de Desenvolvimento Humano, que é um somatório de vários índices que refletem as condições de vida dos habitantes. O Ipea já aplicou este índice no Brasil e viu que nosso País se divide em três, verificando que aqui há mais desigualdades que na Índia.

Segundo ele, a lógica de construir políticas públicas voltadas para a superação destas desigualdades ditou o comportamento dos constituintes de 1988, ao formatarem o sistema de seguridade social:

- E quando desenhamos a seguridade, formada pela saúde, assistência e previdência social, sem dúvida que a saúde foi o carro-chefe, com a definição do SUS com início, meio e conseqüências.

Para Eduardo Jorge, "o Sistema Único de Saúde é a única Reforma do Estado em viabilidade no Brasil, apesar do verdadeiro bombardeio de críticas que recebe por parte daqueles que querem inviabilizar um serviço público eficiente".

O Enfrentamento da Exclusão Social:
UNIVERSALIZAÇÃO X FOCALIZAÇÃO

Rogério Lannes Rocha

Uma reflexão a respeito das relações existentes entre a universalização e o combate à desigualdade e a focalização e o combate à pobreza, seguida por um acalorado debate envolvendo público e convidados. Assim foi a discussão do tema "Enfrentamento da Exclusão Social" no Congresso da Abrasco, com a presença de Amélia Cohn, professora do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP) e presidente do Centro de Estudos de Cultura Contemporânea (Cedec); Marco Akerman, professor da Faculdade de Medicina do ABC e pesquisador do Cedec; e David Capistrano Filho, ex-Prefeito de Santos (SP).

"O governo quer dar um pacote universal pobre para os carentes e introjetar a lógica privada no setor público".
Amélia Cohn (USP/Cedec)

A extrema concentração de renda no País, atestada por números do Banco Mundial, foi o ponto de partida para a reflexão de Amélia Cohn, que apresentou dados sobre o desequilíbrio regional, o aumento do desemprego e do que chamou de *precarização* do trabalho, que leva legiões de brasileiros (11,9%, segundo o IBGE) a viverem em estado de indigência.

- O Brasil não está resolvendo a questão da desigualdade e da distribuição de renda. O governo não tem a intenção de investir na área social, porque isto é incompatível com o modelo por ele adotado, que aumenta os desequilíbrios regionais, o desemprego e as desigualdades sociais - afirmou.

Amélia Cohn lembrou que no Orçamento Geral da União de 1996, os recursos para o pagamento da dívida pública interna superaram os gastos previstos para o Ministério da Saúde, o que revela, em sua visão, onde estão de fato as prioridades do governo.

Reforçando seu argumento, citou dados publicados no Monitor Público/Iuperj, segundo os quais, nos últimos quatro anos, 20% da arrecadação obtida com as contribuições sociais vinculadas constitucionalmente ao financiamento da saúde, nutrição, previdência e assistência foram contingenciados pelo Orçamento da União para pagamento de encargos previdenciários que são da União, a exemplo dos gastos com os funcionários públicos federais aposentados.

Ela avalia que as políticas sociais vão ocupar lugar de destaque no debate nacional e no período pré-eleitoral, porque as benesses do Plano Real, como a redução do imposto inflacionário para as camadas de baixa renda, já se esgotaram.

- A realidade começa a se apresentar com toda a sua crueza e é neste contexto que devemos pensar a universalização e a focalização na saúde - disse.

A descentralização, em sua opinião, é ponto comum nas diferentes agendas sociais. A ótica de conservadores e progressistas é que é distinta.

- Os conservadores querem repassar encargos, mas continuar controlando o repasse de recursos segundo a lógica macro-econômica. Para nós, a descentralização é um processo político, que possibilita democratizar políticas de saúde e sociais em geral - comparou.

Em sua avaliação, os gastos proporcionais dos municípios com saúde e saneamento estão aumentando muito, enquanto os estados, numa brutal crise fiscal, estão se retraindo. Por sua vez, o governo federal começa também

a se retrair, através do contingenciamento dos recursos fiscais para a área social e da redução de recursos "para o que ele chama de ministérios gastadores", basicamente os da Saúde e Educação.

- Eu não tenho dúvidas de que isto explica a troca de um Ministro que reivindicava recursos para a área da saúde, por outro que não reivindica e que, numa de suas primeiras declarações públicas, disse que iria buscar o trabalho voluntário para ajudar o Programa de Agentes de Saúde e de Saúde da Família - interpretou.

Tudo isso leva a uma equivocada oposição entre as políticas de universalização e focalização, argumentou Amélia Cohn:

- É preciso reconstruir a articulação entre políticas econômicas e políticas sociais, de tal forma que o desenvolvimento econômico não imponha a sua lógica sobre as políticas sociais. Por outro lado, há que se tirar das políticas de focalização o caráter emergencial, clientelista e assistencialista. Isto implica em formular um projeto não de nação, mas de sociedade brasileira.

Nesta ótica, é "inadmissível', em sua opinião, o Plano de Assistência Básica (PAB), proposto pelo governo.

- Vamos ter um pacote universal básico formulado pela escola de Harvard e traduzido para a América Latina, em que há uma exclusão social brutal e uma pretensa universalização apenas no que nós chamávamos de porta de entrada. Será uma reprodução das desigualdades sociais, sobretudo porque retira do Estado sua função de redistribuidor de recursos entre regiões e entre municípios - advertiu.

Ela teme que a atual lógica das políticas sociais estimule a competição entre estados e municípios, transformando os canais institucionais de participação numa arena de disputa por recursos, além de introduzir uma lógica perversa na relação do Estado com os pobres.

- O governo quer dar um pacote universal pobre para os carentes e introjetar a lógica privada do "custo-efetividade", da "produtividade" e dos "resultados" no setor público de saúde - colcluiu Amélia Cohn.

Marco Akerman apresentou o Mapa da Exclusão/Inclusão Social da Cidade de São Paulo, elaborado em 1995 em parceria do CEDEC com o Núcleo de Seguridade e Assitência Social da PUC-SP, que mostra as diferenças internas da capital. Ele fez um paralelo com a questão da focalização e lembrou que, na década de 80, já se falava em discriminação positiva, prioridade para vulneráveis e para grupos postergados.

O RETRATO DA EXCLUSÃO NO BRASIL

O Brasil é o único país do mundo em que os 10% mais ricos da população se apropriam de mais da metade da riqueza nacional (51,3%), segundo documento do Banco Mundial apresentado por Amélia Cohn, da USP.

Ainda de acordo com a mesma fonte, entre 1993 e 1996, o Produto Interno Bruto (PIB) per capita brasileiro apresentou um crescimento de 11,7% e o emprego formal diminuiu em 0,21%, sendo que no setor terciário a ocupação formal - após apresentar um crescimento de 4,36% (1979-90) -, teve um crescimento reduzido para 1,3% (1990-95), enquanto a ocupação informal passou de 5,5% para 6,2%, revelando uma *precarização* acentuada dos novos postos de trabalho.

A avalanche de indicadores nada animadores continua com dados do IBGE/PNAD, referentes a 1990, pinçados por Amélia Cohn para compor um retrato da exclusão no País. Segundo o IBGE, 11,9% da população brasileira vive em estado de indigência do ponto de vista da insuficiência de renda. A estatística em cada região confirma a

geografia perversa da miséria: o percentual dos indigentes chega a 38% da população no Norte, 22% no nordeste, 8,2% no Centro-Oeste, 7,5% no Sul e 6,6% no Sudeste.

Para completar, a professora revela que os níveis de desigualdade de renda variaram pouco nas últimas décadas e são hoje, rigorosamente, os mesmos do ano de 1980; que a taxa de desemprego é igual à de 1992 e que a taxa de desemprego aberto dobrou na vigência do Plano Real. (RLR)

- Eu acho sim que nós temos que ter uma inversão da alocação de recursos nas cidades. Hoje há muito mais recursos sendo investidos em áreas centrais das nossas cidades, com melhores condições sócio-econômicas, do que em áreas periféricas.

Em resposta à indagação feita por ele mesmo de "quanto custa incluir" a população e as áreas excluídas, Akerman citou um dito popular mineiro.

- Lá em Minas, a gente costuma dizer que é mais fácil engordar porco magro do que engordar porco gordo. Do ponto de vista da eficácia social e da eficiência na aplicação dos recursos, isto quer dizer que você precisa de mais investimento para obter uma unidade de benefício no *porco gordo* central, do que no *porco magro* periférico - explicou.

Ao comentar as exposições iniciais, David Capistrano arrancou aplausos da platéia ao dizer que a miséria e a desigualdade social são uma pandemia, o maior agravo à saúde existente no mundo, e que sua raiz está na "selvageria" do capital.

- O maior desafio para a saúde pública hoje é como, com que idéias e forças sociais, colocar coleira e focinheira neste cão feroz, que é o capitalismo sem freio - completou David, para logo ser aparteado.

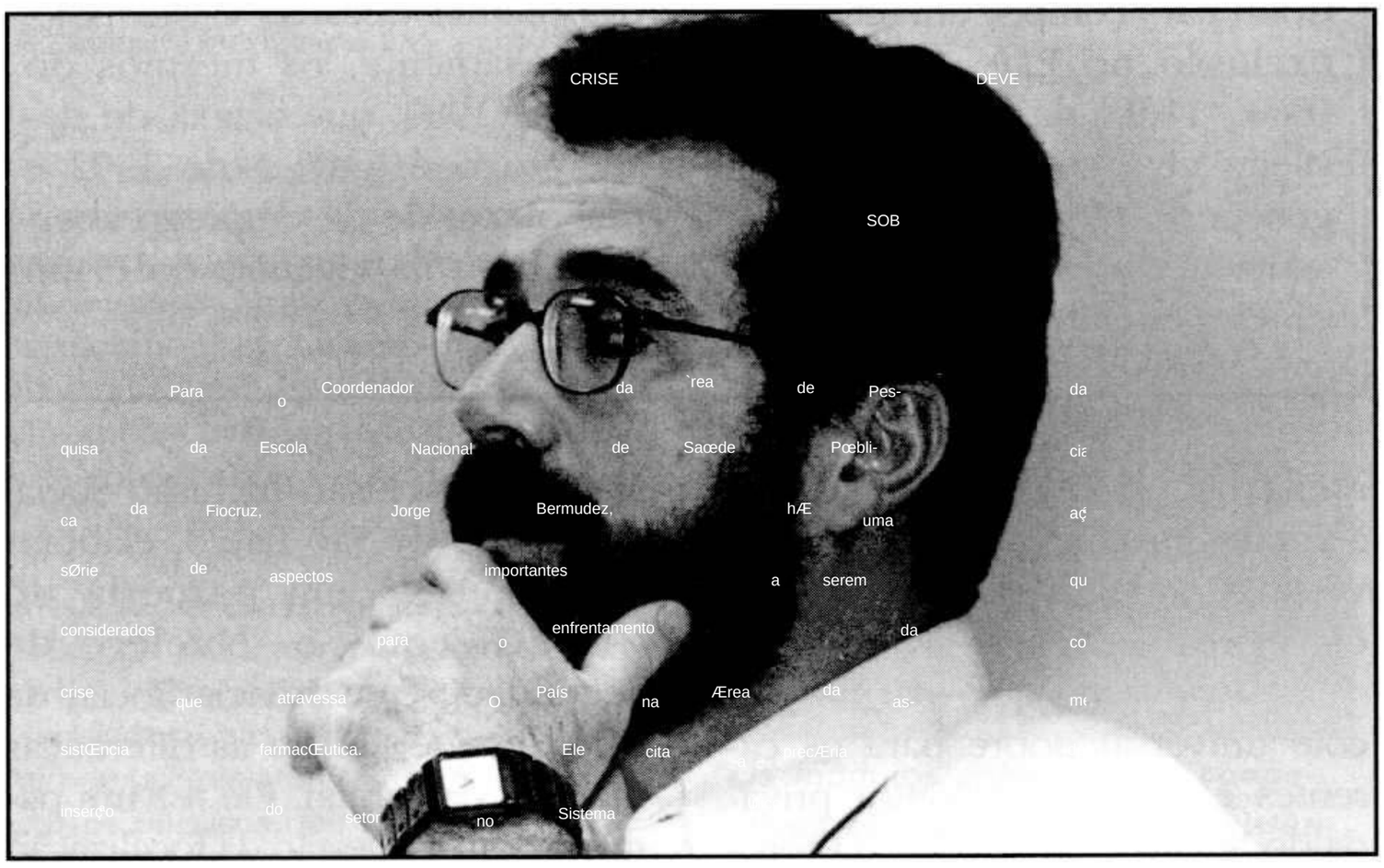
"A miséria e a desigualdade social são uma pandemia, o maior agravo à saúde existente no mundo e sua raiz está na selvageria do capital".
David Capistrano (ex-Prefeito de Santos)

- Num Congresso da Abrasco nossa função é trazer contribuições para melhorar técnica e politicamente a proposta do SUS, nos qualificar para o debate e o embate. É importante a dimensão ideológica, mas se for num discurso meramente ideológico, o neoliberalismo já ganhou a batalha, não só no Brasil. - disse Amélia Cohn, dividindo os aplausos.

- Não dá para separar a discussão sobre as questões de saúde pública da discussão da política de fundo, verdadeira, estratégica para as pessoas. E não estou certo de que os liberais já ganharam. Ainda os enterraremos - insistiu David, sacudindo novamente a platéia.

Entre os participantes que expressaram suas opiniões, o secretário municipal de Saúde de Sumaré (SP), Adail Almeida Rollo, defendeu a Proposta de Emenda Constitucional (PEC) 169 "para redefinir o orçamento da saúde a nível federal".

Para o Diretor da Associação Latino-americana de Medicina Social (Alames) Armando de Negri Filho, é necessária uma "maior militância" pela causa da saúde pública. Ele foi apoiado pelo Secretário Geral do Conselho dos Secretários Municipais de Saúde do Estado do Rio, Valcler Rangel Fernandes. ■



"Temos que ter uma inversão da alocação de recursos nas cidades. Há mais recursos sendo investidos em áreas centrais, com melhores condições sócio-econômicas, do que em periféricas".
Marco Akerman (F.M. do ABC/Cedec)

SAÚDE COMO RELEVÂNCIA PÚBLICA

UNIVERSALIZAÇÃO X FOCALIZAÇÃO

- Os participantes deste Congresso são agentes constitucionais exercitando a sua cidadania no espaço da saúde e não pessoas voluntariosas, dedicadas e batalhadoras como geralmente se pensa. Os senhores não estão fazendo nada mais que o seu dever. E pelo amor de Deus não deixem de fazê-lo e convoquem seus concidadãos a agirem neste espaço, sob pena do sistema de Estado democrático de direito inscrito na Constituição não operar. Isto poria em risco a aposta que se fez numa nova relação entre o Estado e a sociedade, com vistas à superação das traumáticas experiências históricas já vividas pelo País.

A opinião é de Humberto Medeiros, Professor de Direito Constitucional da Universidade de Brasília e Membro do Ministério Público Federal, na mesa-redonda "Saúde como relevância pública: formas de regulação social", coordenada pelo Professor Guilherme Rodrigues da Silva (Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP) e que contou com as presenças de Sábado Girardi (Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva da UFMG), Raul Cutait (Instituto de Desenvolvimento da Saúde de São Paulo) e Paulo Buss (Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz).

Para Humberto Medeiros, a Constituição Federal de 1988 é um marco nas opções feitas pela sociedade brasileira do Estado que ela prefere:

- A partir de 1988, o País demonstrou querer assumir de forma plena o Estado de direito. E na concepção avançada de Estado de direito, a sociedade é co-participante no processo de gestão do Estado democrático.

Para ele, este modelo faz com que "a sociedade passe a influir diretamente na construção das soluções estatais, o que reduz sensivelmente a dicotomia entre a sociedade e o Estado, fazendo com que haja uma profunda aproximação entre os dois pólos".

Ele citou o Artigo 197 da Constituição, ("os serviços de saúde são de relevância pública") e o 198 (que define a "participação da sociedade" na gestão do Sistema Único de Saúde) como dois aspectos "que demonstram que no sistema de saúde estamos vivendo num estado democrático de direito".

Raul Cutait, do Instituto de Desenvolvimento da Saúde, defendeu a idéia de que "o setor privado, por ser grande e importante, ao participar do Sistema Único de Saúde, já garante uma participação da sociedade em sua gestão". Para ele, é preciso pensar em novas fórmulas para que o setor social e a saúde encontrem alternativas fora do que vem sendo apresentado até agora, "já que o que está aí hoje se mostrou incapaz de dar à população tudo o que ela necessita". E defendeu, como exemplo, o aumento de incentivos fiscais às empresas privadas que atuem na área social.

Sábado Girardi, do Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva da UFMG, disse que é necessário entender as diferenças entre regulação - que segundo ele "é uma coisa mais ampla, que ultrapassa o campo do direito" - e regulamentação. Segundo ele, "a regulação implica na pactuação cotidiana de compromissos entre atores de determinado setor, seja do lado da gerência com usuários, seja do lado de um provedor de serviços e o financiador destas ações".

Girardi vê o Estado com um papel essencial no processo de regulação:

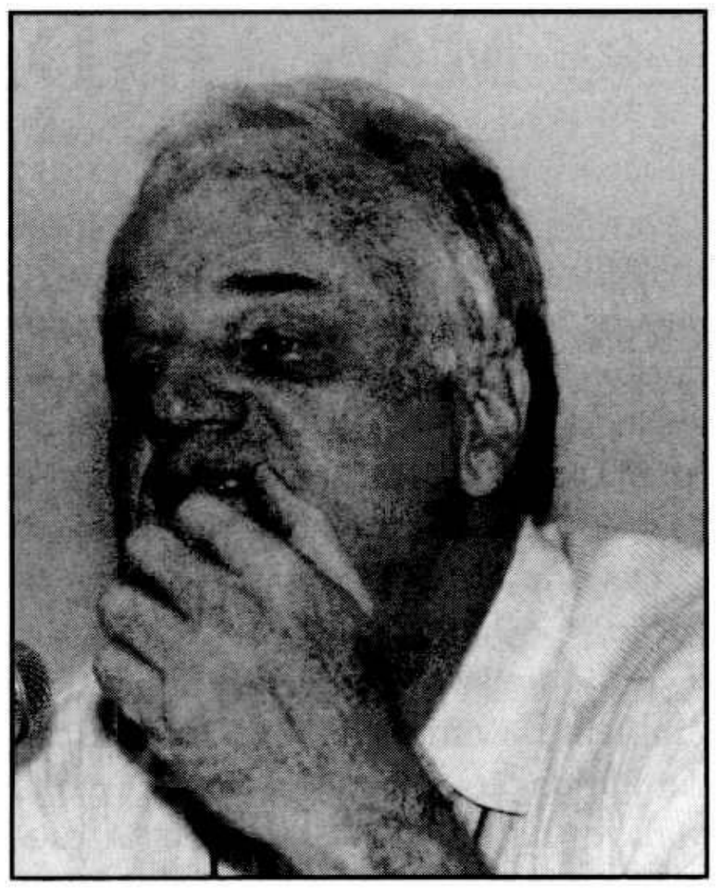
- O Estado articula esta rede de compromissos, uns legítimos outros nem tanto, que são pactuados entre estes diversos atores.

Para Paulo Buss, da Ensp/Fiocruz, "a regulamentação como pacto entre atores deve ser entendida com um resultado do consenso popular ou societal regulatório, para que a Lei seja a expressão do consenso político havido".

Para ele, isso é dinâmico, "pois a regulamentação também requer um consenso para que tenha efetividade", sendo para isso necessário "se contar com uma sociedade organizada, que exerça pressão política sobre o Executivo, o Legislativo e também sobre o Judiciário", para ver transformados em realidade os seus anseios.

Paulo Buss citou três áreas que trazem impacto direto na saúde, onde ele vê como essencial a regulação social e a regulamentação decorrente dela:

- A questão do meio ambiente, da habitação e dos serviços urbanos são determinantes para a saúde. E se nós não trabalharmos com esta concepção ampliada de regulação social, teremos baixa eficácia e efetividade da regulação na área da saúde.



"Vivemos um holocausto dos hemofílicos mortos pelo HIV. Isso se deu por uma ação patológica dos serviços de saúde, que apresentam uma baixíssima capacidade de tornar efetiva a regulamentação já existente".
Paulo Buss (Ensp/Fiocruz)

Ele considerou e área de vigilâcia sanitária e da assistência à saúde como prioritárias e necessitando de regulação imediata. E citou exemplos:

- Nós vivemos nos últimos dez anos um verdadeiro holocausto dos hemofílicos e dos que precisaram de sangue, que foram mortos pelo HIV. Isso se deu por uma ação patológica dos serviços de saúde, que nesta área particularmente apresentam uma baixíssima capacidade de tornar efetiva a regulamentação existente, afirmou.

Paulo Buss afirmou que "produtos e serviços disponibilizados no campo da saúde têm se transformado, com grande freqüência, em veículos de doença e morte e não em instrumentos de recuperação da saúde".

Paulo Buss defendeu que, "além dos conselhos de saúde já assegurados na Constituição, o sistema de saúde implante a figura do Ouvidor Público, numa estrutura independente do Executivo, a exemplo do que existe em várias sociedades e até em jornais brasileiros, como mais um instrumento de acompanhamento do desempenho e de controle dos serviços públicos de saúde em sua relação com os usuários". ■

A Produção Científica na Saúde Coletiva

DIAGNÓSTICO É ANIMADOR MAS AINDA SÃO MUITOS OS DESAFIOS

- A produção científica na área da saúde coletiva está diante de três desafios: intensificar a avaliação de sua produção considerando aspectos como relevância acadêmica e social, definir de forma clara o que é produção tecnológica no setor e determinar quais são as suas linhas prioritárias de investigação.

A opinião é da Vice-Presidente de Ambiente, Comunicação e Informação da Fundação Oswaldo Cruz, Cecília Minayo, na mesa que debateu "A produção Científica na Saúde Coletiva". Participaram da mesa Arnaldo Siqueira (da Faculdade de Saúde Pública da USP), Everardo Nunes (do Departamento de Medicina Social da Unicamp), Naomar de Almeida Filho (do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia) e Reinaldo Guimarães (Pró-Reitor de Pesquisa da Uerj).

Cecília Minayo fez uma avaliação pormenorizada do desempenho da pós-graduação *stricto sensu* em saúde coletiva no Brasil a partir de três elementos: um processo de avaliação da área liderado pela Abrasco nos anos de 1995 e 1996; várias discussões realizadas pela comunidade acadêmica do setor coordenada pela Capes durante 1996 e uma contextualização de mudanças econômicas, sociais e culturais que afetaram a sociedade, as instituições e o setor saúde nos últimos anos.

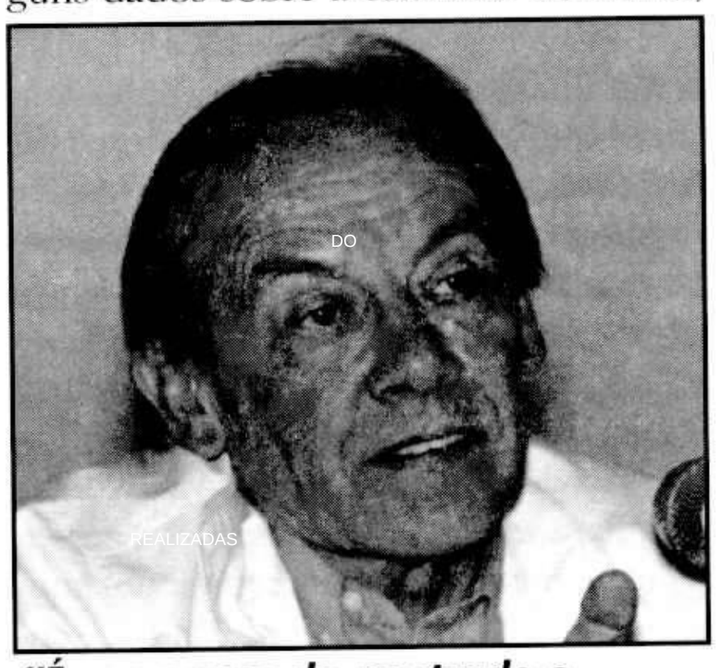
Segundo ela, o objetivo desta avaliação foi responder a algumas questões que há algum tempo preocupam o setor:

- Uma de nossas preocupações era se, estando em pleno processo de expansão, tanto a área como os cursos, dever-se-ia investir na configuração de um núcleo comum, temas, disciplinas ou de reflexão, que pudesse unificar a saúde coletiva como um campo científico. Outra questão era como deveriam se diferenciar e se complementar os diferentes níveis de formação pós-graduada em saúde coletiva, tendo em vista o objetivo, o processo de formação e as finalidades do doutorado, do mestrado, das especializações e da residência em saúde coletiva.

Outras questões que mereciam análise, segundo ela, eram a definição de parâmetros que deveriam ser aprofundados para identificar, promover e avaliar coletiva e individualmente os cursos de pós-graduação e, finalmente, como avaliar e ponderar a produção e a divulgação científica da pós-gradução *stricto sensu*, tendo em vista o que ela tem em comum com todo o campo científico e o que tem de específico, na sua diversidade e peculiaridade acadêmica e social.

Cecília disse que partiu de um pressuposto:

- A pós-graduação, enquanto sistema, é o *locus* privilegiado de produção técnico-científica , não só da área de saúde coletiva, mas de todo o complexo acadêmico brasileiro. Conhecer alguns dados sobre a estrutura curricular,



"É nos cursos de mestrado e doutorado onde se produz ciência na área da saúde coletiva".
Everardo Nunes (Unicamp)

demanda, egressos e produção da pós-graduação é, de certa forma, desvendar as entranhas dessa dinâmica social.

Ao fazer o que denominou de um "passeio de helicóptero" sobre os dados levantados em 20 cursos de mestrado e 10 de doutorado em saúde coletiva, Cecília Minayo diagnosticou "a pujança da área", mas viu como problemas presentes em todos eles a falta de financiamento e uma grande concentração de cursos na região sudeste.

"A pós-graduação é o locus privilegiado de produção técnico-científica , não só da área de saúde coletiva, mas de todo o complexo acadêmico brasileiro".
Cecília Minayo (Vice-Presidente da Fiocruz)

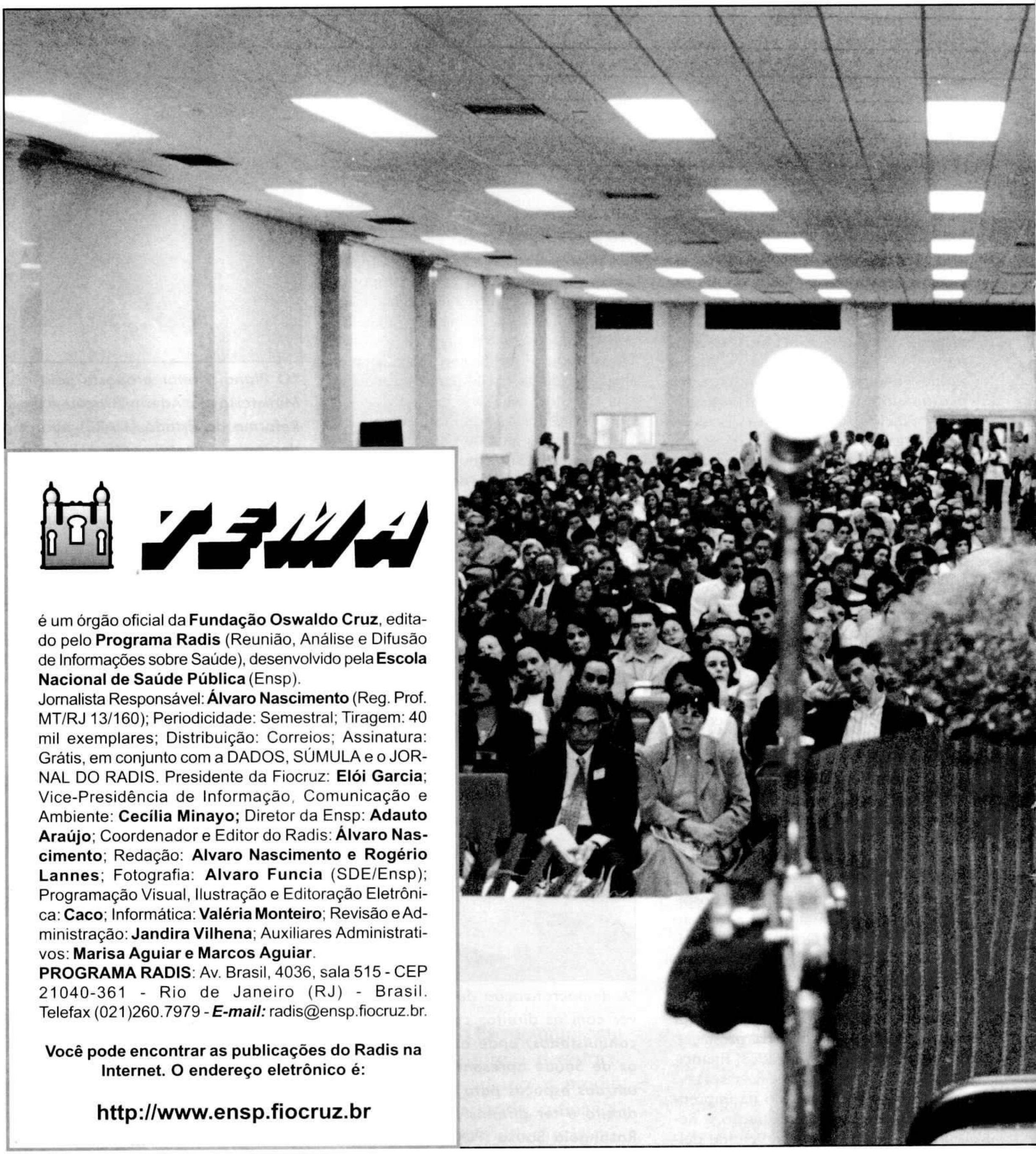
Em relação à clientela destes cursos, ela viu que a maioria de alunos está nos cursos de mestrado (86%) contra 14% nos de doutorado. E que 70% dos alunos provêm da região sudeste; 14% da região sul; 7% da região nordeste e apenas 1% da região norte.

Quanto à média de idade destes alunos, nos cursos de mestrado ela fica entre os 30 e 35 anos. Já nos cursos de doutorado, a média sobe para 40 anos, dados que segundo Cecília merecem uma reflexão:

- A área deve discutir isso, já que está claro que aos 40 anos é um momento tardio para se acessar a pós-graduação.

Em relação à área de atuação dos profissionais, nos cursos de mestrado 63% dos alunos eram provenientes dos serviços de saúde, enquanto 26,5% eram docentes e pesquisadores. Nos cursos de doutorado, a relação se invertia: 68,1% dos alunos eram docentes e pesquisadores e 26% profissionais dos serviços de saúde.

Ao se analisar a produção de teses, vê-se que a concentração de cursos na região sudeste traz como conseqüência o fato de 73% delas serem feitas ali, enquanto 16,5% são produzidas na re-



RADIS

é um órgão oficial da **Fundação Oswaldo Cruz**, editado pelo **Programa Radis** (Reunião, Análise e Difusão de Informações sobre Saúde), desenvolvido pela **Escola Nacional de Saúde Pública** (Ensp).
Jornalista Responsável: **Álvaro Nascimento** (Reg. Prof. MT/RJ 13/160); Periodicidade: Semestral; Tiragem: 40 mil exemplares; Distribuição: Correios; Assinatura: Grátis, em conjunto com a DADOS, SÚMULA e o JORNAL DO RADIS. Presidente da Fiocruz: **Elói Garcia**; Vice-Presidência de Informação, Comunicação e Ambiente: **Cecília Minayo;** Diretor da Ensp: **Adauto Araújo**; Coordenador e Editor do Radis: **Álvaro Nascimento**; Redação: **Alvaro Nascimento e Rogério Lannes**; Fotografia: **Alvaro Funcia** (SDE/Ensp); Programação Visual, Ilustração e Editoração Eletrônica: **Caco**; Informática: **Valéria Monteiro**; Revisão e Administração: **Jandira Vilhena**; Auxiliares Administrativos: **Marisa Aguiar e Marcos Aguiar**.
PROGRAMA RADIS: Av. Brasil, 4036, sala 515 - CEP 21040-361 - Rio de Janeiro (RJ) - Brasil. Telefax (021)260.7979 - ***E-mail:*** radis@ensp.fiocruz.br.

Você pode encontrar as publicações do Radis na Internet. O endereço eletrônico é:

http://www.ensp.fiocruz.br